

JEUNES et addictions

Sous la direction
de François Beck

Décembre 2016

JEUNES
et addictions



Sous la direction
de François Beck

Décembre 2016

Contributions

Jeunes et addictions est un ouvrage collectif de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Sous la direction de François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Julie-Émilie Adès et Aurélie Lermenier-Jeannet

Comité éditorial : Julie-Émilie Adès, François Beck, Agnès Cadet-Taïrou, Aurélie Lermenier-Jeannet, Olivier Le Nézet, Carine Mutatayi, Marcus Ngantcha, Ivana Obradovic

Auteurs : Julie-Émilie Adès, François Beck, Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou, Cristina Díaz Gómez, Michel Gandilhon, Thibault Gauduchon, Éric Janssen , Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier-Jeannet, Magali Martinez, Maitena Milhet, Carine Mutatayi, Thomas Néfau, Marcus Ngantcha, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Caroline Protais, Stanislas Spilka de l'OFDT, ainsi que João Matias, André Noor, Julian Vicente de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA)

Repères méthodologiques : Aurélie Lermenier-Jeannet

Bibliographie : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Conception graphique : Frédérique Million

Remerciements aux membres du collège scientifique de l'OFDT pour leurs conseils et leur relecture :
Bruno Falissard (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations - Institut national de la santé et de la recherche médicale), Karine Gallopel-Morvan (École des hautes études en santé publique), Isabelle Giraudon (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), Emmanuelle Godeau (INSERM, rectorat de Toulouse), Nacer Lalam (Institut national des hautes études en sécurité et de la justice), Gwenola Le Naour (Institut d'études politiques, Lyon), Michel Mallaret (Centre régional de pharmacovigilance, centre d'évaluation

et d'information sur la pharmacodépendance - addictovigilance, Grenoble), Aurélie Mayet (Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Marseille), Viêt Nguyen-Thanh (Santé publique France), Marie-José Parent (Service commun des laboratoires du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie), Olivier Phan (Clinique Dupré et Consultation jeunes consommateurs du centre Pierre-Nicole, INSERM)

Ainsi qu'à :
Les coordinateurs du réseau TREND : Aurélie Lazès-Charmetant (Bordeaux), Nathalie Lancial, Sébastien Lose (Lille), Etienne Zurbach, Emmanuelle Hoareau (Marseille), Fabienne Bailly, Aurélien De Marne, Yvon Schléret (Metz), Grégory Pfau (Paris), Guillaume Pavic (Rennes), Guillaume Sudérie (Toulouse) ; Patricia Coursault, Laura d'Arrigo, Cédric Gervais, Ruth Gozlan, Florence Lafay-Dufour, Denis Lejay (MILDECA) ; Jean-Baptiste Richard, Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard (Santé publique France) ; Laurence Lavy et Pierre-Yves Bello (Direction générale de la santé) ; Marie-Line Tovar

Guide de lecture

À partir des données produites ou rassemblées par l'OFDT, l'ouvrage *Jeunes et addictions* constitue une synthèse générale sur ce thème. En dehors d'un chapitre d'ouverture fournissant des repères sur les populations concernées, *Jeunes et addictions* est divisé en six grandes parties.

Chaque partie (voir sommaire pages 6 et 7) traite d'un sujet spécifique : niveaux d'usages de substances et addictions sans produits ; profils des usagers et contextes des consommations ; motivations et facteurs de vulnérabilité ; offre de produits ; conséquences des usages et réponses publiques ; comparaisons territoriales en France et mise en perspective internationale.

Ces parties combinent deux niveaux de lecture : des chapitres résument et analysent les données et recourent à l'infographie, tandis qu'un ou plusieurs articles (signalés par le pictogramme) abordent la thématique sous un angle particulier.

L'ensemble des sources bibliographiques et des repères législatifs (incluant des cartes pour les trois principaux produits) sont rassemblés en fin d'ouvrage, en annexe. Les annexes incluent également les définitions des indicateurs relatifs aux usages et la liste des sigles.

Les repères méthodologiques sont disponibles sur le site de l'OFDT :
http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/

Avant-propos

Addiction et adolescence sont deux mots souvent associés dans nos imaginaires. Sûrement parce que les consommations en lien avec les addictions les plus fréquentes (tabac, alcool, cannabis) débutent à l'adolescence. Si l'on veut prendre à bras-le-corps l'insupportable mortalité liée à ces substances (vraisemblablement plus de 100 000 morts par an en France), il faut agir précocement, mais pas n'importe comment. Car le sujet est d'une incroyable complexité. À tel point que certaines interventions, pourtant reposant sur le bon sens le plus élémentaire, se sont avérées contre-productives. C'est à cette complexité que s'attaque ce dernier ouvrage de l'OFDT. De nombreuses données épidémiologiques enrichies de mises en perspectives issues des sciences humaines et sociales et du droit permettent de dresser un tableau impressionnant, en pleine évolution, en particulier du fait de l'omniprésence du digital chez les adolescents du XXIe siècle.

Adolescence que l'on a d'ailleurs de plus en plus de mal à définir. On la confond souvent avec la puberté, mais ça n'est pas si simple. En particulier parce que l'on sort un jour de l'adolescence, alors que la puberté n'est qu'une étape du développement. Une perspective évolutionniste de l'adolescence permet de l'éclairer d'un jour nouveau et de comprendre peut-être un peu plus le rôle, à cet âge, de la consommation de substances psychoactives.

Tout commence à la naissance. Le petit humain, contrairement à la plupart des mammifères, naît prématuré : il ne sait pas marcher, tout juste téter. Pourquoi ? Peut-être pour permettre à son cerveau de se développer en dehors du ventre de sa maman. En effet, la partie inférieure du bassin de la femme limite le volume de la tête de l'enfant qui arrive au monde. Le petit humain est donc expulsé avant terme, à l'ultime moment où il peut encore s'extirper. Car ce sont ses fonctions cognitives qui font que l'homme est un être vivant tellement efficace. Tout est donc mis en œuvre pour que le cerveau soit le plus performant possible. Très tôt, l'enfant va d'ailleurs à l'école et apprend à lire et à écrire. Vers 12-15 ans il est apte à la reproduction, et tout se bouscule en lui pour le projeter vers une nouvelle vie : la sexualité devient un questionnement central. Plus généralement, il semblerait que, « naturellement », tout soit fait à ce stade pour que le jeune humain se reproduise et fonde à son tour une famille. Mais dans nos sociétés c'est bien sûr impensable. Pas de grossesse à 15 ans, cela va sans dire. Il faut en effet que le jeune humain continue à apprendre : au collège, au lycée, à l'université. Encore et toujours l'humain doit devenir un champion cognitif, l'avenir de sa société en dépend. Au prix d'une tension insoupçonnée : durant ces années le jeune se sent happé par une pulsion de reproduction alors qu'une injonction sociale lui interdit formellement d'y obéir.

Il s'ensuit une période de la vie originale, que l'on appelle adolescence, où la créativité est à son maximum, où les interrogations sur la vie apparaissent de façon aiguë, où le rapport à l'autre et à la société est parfois compliqué, où la rencontre avec les substances psychoactives devient une solution, une provocation. À nous de comprendre et d'accompagner ces jeunes dans cette période paradoxale. Et merci à l'OFDT de nous y aider.

Bruno Falissard
Président du Collège scientifique de l'OFDT

Préface

L'OFDT, sous la direction de François Beck, nous livre une fois de plus un ouvrage qui fera date dans le champ de l'étude des conduites addictives. Cette synthèse explore précisément toutes les facettes des usages des drogues et des conduites addictives des jeunes de 11 à 25 ans et leurs évolutions. Les pouvoirs publics et les professionnels ont ainsi, à leur portée, des données quantitatives et qualitatives précieuses pour bâtir les actions les plus adaptées possibles pour ces jeunes, auxquels nous devons accorder la plus grande attention car il en va de l'avenir de notre société.

Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation constitue une priorité du 3e plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, élaboré et coordonné dans sa mise en œuvre, par la MILDECA. En effet, disposer d'éléments objectivés par l'observation, l'analyse et l'évaluation scientifique est indispensable pour adapter et renforcer l'efficacité, mais aussi l'acceptabilité des politiques publiques.

Que ce soient les interventions de prévention, de soins, de réduction des risques et même de lutte contre le trafic, on ne peut concevoir et mettre en place de politique efficace sans prendre appui sur des connaissances scientifiques actualisées.

En cela, le dispositif d'observation de l'OFDT en place depuis 20 ans à travers ses multiples enquêtes, est un outil indispensable et précieux non seulement pour la MILDECA, mais pour l'ensemble des responsables de politiques publiques et au-delà, l'ensemble des professionnels impliqués dans le champ des addictions.

Observer la jeunesse en l'abordant sous l'angle des conduites addictives amène à considérer les multiples facteurs dont elles résultent, et notamment les motivations des jeunes à consommer, mais aussi les inégalités sociales, territoriales et de genre, qui se révèlent aux travers de ces analyses. La lutte contre les addictions passe aussi par la lutte contre toutes ces inégalités, et l'amélioration de l'accessibilité des dispositifs et du repérage précoce des conduites addictives. Cela nous conduit aussi à changer notre regard sur les consommateurs de produits et sur leurs représentations.

Par cet ouvrage, l'OFDT nous donne, dans son ensemble, le socle de connaissances indispensable pour une approche rénovée de la lutte contre les drogues et les conduites addictives dans laquelle la MILDECA est engagée.

Je vous en souhaite une bonne lecture.

Danièle Jourdain-Menninger
Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues
et les conduites addictives

Introduction | 8

Contexte | 11

1. État des lieux et évolutions | 23

Les consommations à l'adolescence et parmi les jeunes adultes : entre expérimentations et initiations 24

Les addictions sans produit : état des lieux 38

Le mythe contemporain du rajeunissement des usages 45

La MDMA : une substance emblématique pour une partie de la jeunesse 48

2. Profils de consommation, parcours et « contextes » | 51

Parcours scolaires et insertions professionnelles 52

Consommations, pratiques et profils des jeunes dans l'espace festif 59

Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale 65

Les e-psychonautes, des usagers sous influence numérique 70

Les usages détournés de médicaments psychotropes 74

3. Motivations et facteurs de vulnérabilité | 77

Motivations d'usage de drogues chez les jeunes 78

Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection 83

Vulnérabilité des plus jeunes et conséquences sanitaires 87

Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes 95

4. Les jeunes et l'offre | 99

L'accessibilité des produits 100

Les jeunes dans les trafics de drogues illicites 103

Les jeunes face au commerce numérique des drogues 107

Le marketing en faveur des alcools et du tabac en France *112*

Le paquet neutre peut-il être efficace pour lutter contre le tabagisme des jeunes en France ? *116*

5. Conséquences et réponses publiques | 119

Conséquences judiciaires et réponses pénales 120

Cadre légal en matière de lutte contre les conduites addictives 124

Prévenir les conduites addictives chez les jeunes 129

Répondre aux consommations des jeunes : le dispositif des Consultations jeunes consommateurs (CJC) 135

Les approches psychosociales, mode efficace de prévention *140*

L'efficacité des interventions brèves *144*

6. Approche territoriale | 147

Comparaison régionale des usages de drogues à 17 ans 148

Urbanisation des territoires et disparités sociales 155

Consommations de substances psychoactives outre-mer 160

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en Europe à l'adolescence 165

Les usages des 15-24 ans en Europe 171

Annexes | 177

Références législatives 178

Cartographie des réglementations 180

Références bibliographiques 183

Définition des indicateurs 205

Sigles 206

Introduction

Le regard porté sur la jeunesse manque parfois de recul et de perspectives. Ainsi, les conduites addictives des jeunes sont l'objet de toutes les attentions mais aussi d'inquiétudes souvent amplifiées par l'émotion suscitée par des faits divers abondamment relayés et propices à la diffusion de croyances parfois peu étayées. Un regard scientifique s'avère donc indispensable pour quantifier les pratiques engagées au cours de cette période de la vie, mais aussi pour tenter de les comprendre dans leur diversité et leur complexité, d'autant que les pouvoirs publics se sont saisis de cette question avec force ces dernières années, notamment à travers le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives de la MILDECA ou le Programme national de réduction du tabagisme.

La jeunesse constitue une étape clé synonyme de changements dont l'impact ne doit pas être négligé : physique (puberté), scolaire (fin du lycée et éventuellement études supérieures), professionnelle (début de la vie active ou période de chômage), familiale (départ du domicile parental, mise en couple, premier enfant…). Constituée de transformations, de tentations, de transgressions et d'initiatives parfois périlleuses, cette période contribue à structurer le reste de la vie. De ce fait, et parce que la jeunesse incarne l'avenir, elle se trouve souvent étudiée au prisme de facteurs de risques, alors même que ses différentes pratiques sont susceptibles de s'inscrire dans des logiques sociales antérieures, complexes et nuancées.

L'ambition de cet ouvrage est de décrire précisément les usages de drogues et les conduites addictives juvéniles, en tentant de les resituer dans leur quotidien et, autant que faire se peut, comme jalon et marqueur d'un parcours, en distinguant les comportements qui reflètent des situations problématiques, sur le plan social ou sanitaire. Il s'agit aussi de porter un regard quantitatif et comparatif sur ces pratiques pour voir à quel point elles sont spécifiques par rapport à celles de leurs aînés, comment elles ont évolué ces dernières années et quel est le poids des facteurs sociaux dans la détermination de ces comportements trop souvent considérés comme purement individuels.

Le propos de cet ouvrage n'est pas de résumer la jeunesse en quelques chiffres, mais plutôt de quantifier les phénomènes à l'œuvre, en proposant des ordres de grandeur, quelques facteurs associés aux pratiques addictives, comme autant de notions qui permettent au débat de s'engager sur des données solides. Si les analyses statistiques permettent d'obtenir de la nuance dans les approches, c'est souvent par la mise en perspective avec des recherches de nature différente (ethnographique par exemple) et par la confrontation avec l'observation de terrain qu'une meilleure connaissance des comportements peut émerger. Le dispositif d'observation proposé par l'OFDT s'est construit sur cette approche heuristique et pluridisciplinaire.

La tranche d'âge retenue, les 11-25 ans, éclairée par le système d'enquêtes mis en place il y a plus de vingt ans par l'observatoire, embrasse un ensemble de situations très hétérogènes. Elle est justifiée par le recul de l'âge de la décohabitation du foyer parental, un allongement du temps des études et un recul de la temporalité des différentes formes d'engagement familial. Cette phase de la vie s'illustre aussi par une tension paradoxale entre le développement d'une autonomie croissante (de goûts, de dispositions et de fréquentations) et le maintien d'une certaine dépendance, notamment économique.

Un chapitre liminaire revient sur les aspects généraux de la vie des jeunes au cours des deux dernières décennies. L'ouvrage se décline ensuite en six parties traitant des enjeux contemporains sur la question des drogues. Après avoir décrit les niveaux d'usage des différents produits et des pratiques addictives, en isolant ceux qui se révèlent problématiques, et retracé les dynamiques d'évolution, la deuxième partie s'attache davantage à analyser les profils des consommateurs réguliers. Les contextes socio-économiques des consommations et leurs ancrages culturels et festifs sont notamment étudiés. Il est ensuite question des motivations à consommer des plus jeunes et des facteurs de vulnérabilité face aux usages de drogues.

La question de l'offre se situe au cœur de la quatrième partie, avant que les conséquences des consommations et les réponses publiques qui y sont apportées soient mises en regard. Une analyse géographique, comparant les régions françaises entre elles et offrant un éclairage international, achève ce tour d'horizon, avec en annexe une cartographie synthétique des dispositions réglementaires en vigueur en Europe pour les trois produits les plus consommés.

Cet ouvrage propose également une lecture transversale en termes d'inégalités sociales parfois profondes qui traversent cette période de la vie, avec d'importantes disparités de territoire et de genre. Comme l'illustrent certaines analyses développées dans les pages qui suivent, les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent globalement des usages plus problématiques que les autres. Cette question est d'autant plus préoccupante que la jeunesse se trouve exposée à des difficultés croissantes d'emploi et de logement. S'assurer que les mesures de politique publique ne renforcent pas ces inégalités, même si elles permettent en moyenne l'amélioration de l'état de la situation de la population, est un des grands défis des années à venir.

Ce recueil ambitionne de passer en revue les rapports des jeunes aux substances psychoactives et leurs pratiques addictives, avec notamment des approches inédites sur le rôle d'Internet en tant que support de l'offre de produits, mais aussi d'échanges d'information. Cette dimension ouvre de nouvelles perspectives en termes de réduction des risques et des dommages (RdRD), dont se servent notamment les e-psychonautes, en donnant à l'usager une place centrale dans l'appréhension des comportements. Pour la jeunesse,

qui reste une cible majeure des initiatives de protection, l'enjeu de l'accompagnement de pratiques parfois interdites ou stigmatisées vers l'acquisition de comportements plus sûrs (sans forcément atteindre l'abstinence) est de taille.

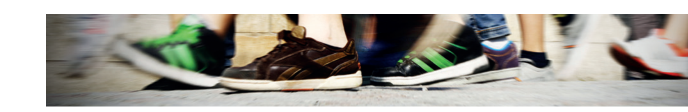
Il n'en demeure pas moins quelques zones d'ombre telles que la place qu'occupent les convictions (religieuses, politiques, culturelles) dans la structuration des comportements. L'influence du genre sur l'entrée dans les consommations et les usages réguliers, avec des différences garçons/filles qui tendent à s'estomper mais restent encore parfois nettes, apparaît évidente d'un point de vue épidémiologique, mais les éléments permettant de l'interpréter demeurent parcellaires. Malgré son importance cruciale, l'étude des motivations conduisant à l'usage est elle aussi encore embryonnaire, que ce soit en France ou à l'étranger, mais elle devrait progresser dans un proche avenir.

La place des innovations technologiques dans ce paysage gagnerait à être investiguée plus en profondeur, avec des objets comme la e-cigarette dont il s'agit encore de mesurer à quel point elle peut ou non constituer une porte d'entrée dans le tabagisme, ce qui pour l'instant ne semble pas être le cas en France.

L'irruption des technologies de l'information et de la communication, devenues presque indispensables à la vie sociale des adolescents, est une évidence. L'usage qu'ils en font, assurément différent de celui de leurs aînés, est exploré dans l'ouvrage sous l'angle des addictions sans produit. Il reste toutefois à étudier en profondeur le lien complexe entre les usages des écrans et des substances, ces deux comportements étant parfois substituables et parfois co-occurrents. Les récentes baisses observées parmi les plus jeunes, dans les niveaux d'usage de tabac et d'alcool notamment, pourraient y trouver une part de leur origine, les opportunités de consommer étant parfois délaissées au profit du temps passé devant les écrans. Au-delà de cette hypothèse, seules les prochaines enquêtes permettront à coup sûr de savoir si cette décrue relève d'un effet d'âge ou de génération.

Fruit d'un travail d'équipe qui tire profit de la pluridisciplinarité de ses contributeurs, cet ouvrage a vocation à constituer sur cette question un socle partagé de connaissances. Mieux connaître les pratiques des jeunes permet de mieux identifier les risques pour favoriser l'information et l'accompagnement de ce public souvent en transition. Les différents travaux présentés dans cet ouvrage livrent à la fois un diagnostic et une invitation à la réflexion en vue d'opérer les meilleurs choix dans l'action.

François Beck
Directeur de l'OFDT



Contexte

Les jeunes en France en 2016, données et repères

Julie-Emilie Adès, François Beck, Ivana Obradovic

La jeunesse désigne à la fois ce « *temps de la vie entre l'enfance et la maturité* » et « *l'ensemble des jeunes* »[1]. Cependant, la jeunesse est aussi une notion relative variant selon les époques et les contextes, dont la définition semble de plus en plus incertaine. Les seuils communément employés pour l'évoquer paraissent s'étendre et les contrastes au sein des groupes qui la composent s'accentuent.

Conjonction de réalités biologiques et sociologiques, la jeunesse renvoie à une phase « élastique » dont il est difficile de circonvenir les limites. À quel âge commence-t-elle ? Autour de 15 ans, ou même avant, avec les premières transformations physiques liées à la puberté ? Et quand se termine-t-elle, dès lors qu'on parle aujourd'hui d'« adulescents » ? À l'allongement de la vie correspond de fait une prolongation de la jeunesse (Galland 2001). Elle débute tôt et s'étire d'autant plus que l'entrée dans l'âge adulte, longtemps équivalent d'une autonomie à la fois professionnelle, financière, résidentielle et affective, est désormais un passage plus lointain, plus incertain, et surtout plus fluctuant selon les individus.

La jeunesse fait en effet écho à une grande diversité de situations et de catégories et à une forte hétérogénéité de ses membres. En France, les jeunes, garçons ou filles, peuvent être élèves, apprentis, étudiants, actifs ou en recherche d'emploi… Ils peuvent grandir ou avoir grandi au sein d'une famille « traditionnelle » (c'est-à-dire avec leurs deux parents, ce qui est le cas de 7 familles avec enfants mineurs sur 10), monoparentale ou recomposée (ces deux dernières catégories augmentant régulièrement) (INSEE 2015). Ils ont aussi des origines culturelles différenciées (en 2008, près de un adolescent sur cinq avait des parents immigrés) (Borrel et Lhommeau 2010). Autant de facteurs qui ne sont pas sans effet sur les chances de réussite scolaire et d'insertion professionnelle.

À un âge donné, même si tous ces individus ont été élevés sur fond de crise économique, les profils et les aspirations diffèrent profondément en fonction des milieux sociaux[2] et des espaces de vie (urbain, péri-urbain ou rural). Les inégalités sociales se structurent dès les premiers âges de la vie et ne cessent de croître en l'absence d'une action volontariste. Ainsi, avant même la naissance, un processus cumulatif s'installe puis s'enracine pendant l'enfance et l'adolescence, avec en outre d'importantes disparités de territoire et de genre.

En fournissant des éléments de repères sur leurs cadres et conditions de vie, cette mise en perspective permet de décrire à grands traits les jeunes âgés de 11 à 25 ans, vaste tranche d'âge retenue

1. Le Robert, Larousse

2. En 2010, près de quatre collégiens sur cinq vivent dans une famille où les deux parents travaillent (84 %), mais 15 % d'entre eux ont un seul parent qui travaille (Godeau et al. *2012).*

pour cet ouvrage correspondant au périmètre des différentes enquêtes sur le sujet des addictions. Néanmoins, certaines données pourront parfois inclure de jeunes adultes jusqu'à 30 ans. Pour cette entrée en matière, et avant d'aborder la thématique des addictions, il s'agira de brosser leur(s) portrait(s) en 2016. Les politiques publiques et les principaux changements concernant les jeunes intervenus depuis une vingtaine d'années, soit une courte génération, seront présentés.

Combien sont-ils ?

Deuxième pays d'Europe le plus peuplé, la France compte 66,6 millions d'habitants au 1er janvier 2016 (Bellamy et Beaumel 2016). Avec un nombre de naissances globalement stable depuis le début des années 1980 (autour de 800 000 par an), la fécondité française se maintient à un niveau élevé par rapport à celle de ses voisins européens (Bellamy *et al.* 2016). Mais la part des jeunes en France décroît, tandis que celle des plus âgés augmente régulièrement.

Début 2016, les 11-25 ans représentent moins de 12 millions de personnes, soit à peine un sixième de la population totale. Ils étaient 12,3 millions en 1996, plus d'un cinquième de la population totale[3]. Dans le même temps, les plus de 65 ans, qui étaient 8,9 millions il y a 20 ans, soit 15 % de la population, comptent aujourd'hui pour 12,5 millions, soit presque 19 %.

Les moins de 25 ans sont inégalement répartis sur le territoire : ils sont bien plus représentés dans la moitié nord de l'Hexagone et aux alentours des grandes villes, où ils peuvent constituer jusqu'à un tiers de la population. De même, les départements d'outre-mer comptent une très forte proportion de jeunes (Direction de la jeunesse de l'Éducation populaire et de la Vie associative 2012).

Comparativement un peu moins nombreux qu'il y a vingt ans, les jeunes ont aussi vu nombre d'éléments de leur environnement et leur cadre de vie évoluer par rapport à celui des générations précédentes.

Scolarité et formation : élévation du niveau global mais inégalités persistantes

Si l'âge de la fin de la scolarisation obligatoire (16 ans) n'a pas été modifié depuis 1959, la formation des jeunes a connu récemment plusieurs changements notables, les réformes scolaires s'enchaînant à un rythme soutenu. La dernière en date, concernant le collège, a été mise en œuvre à la rentrée 2016 avec un objectif affiché de renforcer l'interdisciplinarité. Jusqu'ici, la modification la plus importante a consisté en une rénovation de la voie professionnelle à partir de 1985 (décret du 27 novembre 1985) et un accès généralisé au diplôme qui marque la fin des études secondaires et l'accès aux études supérieures. Avec plus de 77 % de bacheliers dans une génération en 2015, l'objectif d'amener « *80 % d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat* » énoncé en 1985 est quasiment atteint[4].

3. http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm?lang=fr&champ=fe [accédé le 03/06/2016]

4. Par le ministre de l'Éducation nationale Jean-Pierre Chevènement

En 2015, 703 900 candidats se sont présentés au baccalauréat : près de la moitié (49 %) en série générale, un peu moins de 20 % dans les séries technologiques et 31 % dans la voie professionnelle (Thomas 2016b). Le taux de réussite avoisine 88 % : 92 % pour le baccalauréat général, 91 % pour le baccalauréat technologique et 81 % pour le baccalauréat professionnel. À la session de juin 2016, le taux de réussite est de 88,5 %, un record historique. Depuis le milieu des années 1990, ce taux de réussite moyen au bac a fortement progressé (+ 13 points), notamment pour le bac général (+ 16 points) (DEPP 2015a ; Thomas 2016a). Cette hausse est allée de pair avec une inflation des mentions. À l'issue de l'édition 2015, plus de la moitié des admis au baccalauréat ont obtenu une distinction, la part des mentions « très bien » ou « bien » culminant pour le bac général. Les enfants de cadres et d'enseignants sont ceux qui réussissent le mieux et ils sont davantage présents parmi les candidats au baccalauréat général, pour lequel les résultats sont les meilleurs. La part des filles, 51 % parmi les bacheliers en 2015, atteint 56 % pour le bac général. Par ailleurs, les enfants de cadres obtiennent plus souvent leur diplôme que ceux d'employés ou d'ouvriers (DEPP 2015a).

La grande majorité des bacheliers (74,5 % en 2014) s'inscrit immédiatement dans l'enseignement supérieur. L'université est la filière privilégiée tous bacs confondus (34 %) et c'est elle qui domine largement pour les bacs généraux (56 %). Dans la poursuite des études, la moitié des filles obtiennent un diplôme de l'enseignement supérieur, ce qui n'est le cas que de quatre garçons sur dix. Désormais, 88 % des jeunes de 20 à 24 ans (DEPP 2015a) ont un diplôme du secondaire, contre 77 % des 25 à 64 ans. En regard, la part des jeunes qui ne sont pas en formation et n'ont aucun diplôme, ou seulement le diplôme national du brevet (DNB), est de 8,5 %.

Depuis la fin des années 1990[5], l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur en Europe a permis d'accroître la mobilité des étudiants européens, et donc des jeunes Français (Laugénie 2001). En 2012-2013, 35 000 Français environ (sur un total de près de 270 000 étudiants européens, un niveau record) ont bénéficié de bourses de l'Union européenne (UE) et du dispositif Erasmus, pour étudier ou suivre une formation à l'étranger – la France étant en parallèle l'une des destinations les plus prisées (Commission européenne 2014).

L'ensemble de ces éléments participe à l'élévation du niveau global de formation, mais les situations critiques et les inégalités demeurent. L'évaluation des compétences menée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC) montre qu'en 2014 près de un jeune sur dix a des difficultés en lecture, les garçons un peu plus souvent que les filles, et que un peu moins de un sur vingt (4,1 %) est presque analphabète (DEPP 2015a). Ces difficultés apparaissent en légère baisse par rapport à 2009 : ces chiffres atteignaient alors respectivement 11 % et 5 %.

5. http://www.enseignement-sup-recherche.gouv.fr/cid20190/organisation-licence-master-doctorat-l.m.d.html [accédé le 03/06/2016]

L'accès difficile des jeunes générations à l'emploi et à l'autonomie

L'emploi des jeunes domine les débats économiques, politiques et sociaux contemporains, suscitant de notables controverses dont l'acuité n'a fait que s'accentuer avec la crise de 2008.

Dans son ensemble, le marché du travail des 15-24 ans est caractérisé par un fort taux de chômage (24 % en 2015). Il s'agit du taux le plus élevé depuis 1996 (INSEE 2016) et c'est dans cette catégorie d'âge qu'il a récemment le plus progressé : + 5 points en France métropolitaine depuis 2008. Au total, un peu plus de 800 000 demandeurs d'emploi (toutes catégories confondues) ont moins de 25 ans[6]. Géographiquement, les niveaux sont disparates : contenu dans certaines régions, le taux de chômage des 15-24 ans est de 32 % dans le nord du pays. Il est également beaucoup plus élevé dans les DOM (supérieur à 45 %)[7]. C'est aussi parmi ceux qui ne détiennent qu'un certificat d'aptitudes professionnelles (CAP) ou un brevet d'études professionnelles (BEP) et les non-diplômés que les effets de la crise économique se font le plus durement ressentir. En 2013, 69 % des jeunes ont un emploi trois ans après leur sortie du système éducatif. Ce taux a fortement baissé pour tous les jeunes (– 8 points par rapport à 2004), mais les titulaires d'un CAP/BEP et les non-diplômés sont les plus fragilisés (respectivement 62 % et 41 %, soit une baisse de 14 et 16 points (DEPP 2015a)). Certes, la qualification ne constitue pas une garantie d'emploi mais, comme partout en Europe, les individus les moins diplômés sont plus souvent au chômage et les écarts entre diplômés et sans diplôme ont tendance à se creuser.

Les jeunes « ni en emploi, ni en études, ni en formation » sont déconnectés du marché du travail (Kramarz et Viarengo 2015). Cette fraction d'individus représente plus de 16 % des 15-29 ans en France, soit un taux proche de la moyenne européenne (en 2013).

En dehors du niveau élevé de chômage, le marché du travail des jeunes se caractérise par sa forte flexibilité et la part importante des contrats précaires : contrat à durée déterminée, intérim, contrat aidé ou apprentissage. De multiples aides à l'embauche coexistent[8] : contrat de professionnalisation, emploi ou contrat d'avenir, contrat de génération, allégements de cotisations chômage pour l'embauche des moins de 26 ans, prime forfaitaire pour l'embauche de moins de 30 ans dans certaines zones urbaines sensibles… Au total, en 2014, la part des emplois aidés parmi les emplois occupés par les moins de 26 ans est de 27 %[9].

À cette large palette de statuts s'ajoute l'insertion via les stages en milieu professionnel, dont un rapport du Conseil économique, social et environnemental de 2012 estimait le nombre à environ

6. http://stmt.pole-emploi.org/defm?qp=12&ff=A,B,C&fh=1&lb=0&ss=1

7. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_087

8. http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/inserer-dans-l-emploi/mesures-jeunes/?max_articles=20

9. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF03234&reg_id= [accédés le 27/09/2016]

1,6 million par an, contre 600 000 en 2006 (Prévost 2012). Face aux dérives constatées, un nouveau dispositif législatif encadrant les stages a été mis en place en 2014 (loi du 10 juillet 2014)[10].

Les jeunes Français accèdent en moyenne à une autonomie résidentielle à l'âge de 24 ans, les filles un peu plus tôt que les garçons, mais pour tous plus tard que leurs aînés (Eurostat 2015). Entre 25 et 29 ans, plus de la moitié vit en couple, avec ou sans enfants (Direction de la jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative 2012), mais les difficultés d'insertion professionnelle peuvent freiner le départ du domicile parental (Rouaud et Joseph 2014). Le chemin vers une réelle autonomie de logement doublée d'une indépendance financière est souvent incertain. Pour faire face aux besoins des jeunes, au-delà des ressources du travail et des allocations diverses (bourses, aides au logement, revenu de solidarité active ouvert aux moins de 25 ans depuis 2010), le soutien en provenance de la famille, évidemment très variable selon les milieux, joue souvent un rôle primordial (Portela *et al.* 2014). Fin 2014, sept jeunes de 18-24 ans sur dix bénéficiaient d'un soutien financier régulier de la part de leurs parents. Cette aide concernait neuf jeunes en cours d'études sur dix et était 2,5 fois plus élevée pour les enfants de cadres que d'ouvriers. Outre cette assistance pécuniaire suivie, l'apport parental peut concerner des dépenses plus exceptionnelles, comme par exemple le permis de conduire (financé de la sorte pour 84 % des titulaires) (Castell *et al.* 2016).

Vers de nouvelles formes d'engagement(s)

Adoptée par la loi du 28 octobre 1997, la fin du service militaire obligatoire a modifié l'entrée dans le statut d'adulte pour nombre de jeunes hommes (Galland 2001). Dès 1998, une Journée d'appel et de préparation à la défense (JAPD), devenue Journée défense et citoyenneté (JDC) en 2011, a été mise en place pour tous les jeunes (filles et garçons) âgés de 17 ans environ. Insérée dans un parcours de citoyenneté[11], qui comprend notamment une sensibilisation au devoir de défense en classes de 3e et de 1re, la JDC réunit chaque année environ 800 000 jeunes.

Par ailleurs, il existe depuis mars 2010 (loi du 10 mars 2010) un service civique d'une durée de 6 à 12 mois[12] destiné à offrir aux jeunes de 16 à 25 ans, sans condition de diplôme, un nouveau cadre d'engagement destiné à leur permettre de *« prendre le temps de réfléchir à leur propre avenir, tant citoyen que professionnel »*. En mars 2015, 85 000 d'entre eux étaient passés par le service civique. Depuis, de nouvelles ambitions très nettement à la hausse ont été affichées[13] : en janvier 2016, le président de la République a émis le vœu que, d'ici trois ans, le service civique accueille 350 000 jeunes par an, avant qu'il soit généralisé à toute une génération au-delà de 2020.

En écho au service militaire et à sa capacité souvent évoquée d'insertion et de brassage des différents milieux, l'intégration citoyenne et la mixité sociale font partie des objectifs clés du service civique.

10. Voir les principales mesures sur le site gouvernemental : http://www.gouvernement.fr/action/l-encadrement-des-stages

11. http://www.defense.gouv.fr/jdc/parcours-citoyennete/enseignement-de-defense

12. Pour plus d'information, consulter le site : http://www.service-civique.gouv.fr/page/le-service-civique-depuis-2010

13. http://www.gouvernement.fr/action/le-service-civique

En 2014, 85 % des jeunes Français de 18 à 24 ans étaient inscrits sur les listes électorales, près de neuf sur dix d'entre eux l'ayant été d'office grâce au recensement effectué pour la JDC (Durier et Touré 2015). Les jeunes de 18 à 24 ans sont généralement plus abstentionnistes que les autres tranches d'âge, ce qui témoigne d'un rapport désenchanté à la politique et au vote, en particulier au sein des classes populaires (Barrault-Stella et Berjaud 2016). Mais l'abstention se rencontre moins souvent parmi les primo-votants (Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse 2015b). Ce trait est également moins marqué pour les scrutins nationaux, et surtout pour l'élection présidentielle, que pour des élections locales ou européennes dont l'enjeu n'est pas toujours bien perçu par les jeunes. L'abstention électorale a ainsi atteint 59 % au premier tour des municipales en 2014 chez les 18-24 ans (Muxel 2014), contre 31 % au premier tour de la présidentielle de 2012.

Pour autant, cette participation électorale plus faible et plus intermittente n'équivaut pas forcément à un détachement vis-à-vis du débat public. Les rassemblements des jeunes générations à propos de projets qui les concernent directement en témoignent régulièrement. Le contrat d'insertion professionnelle (CIP) en 1994, le contrat première embauche (CPE) en 2006 ou le nouveau projet de loi travail en 2016 ont conduit à des protestations massives. On assiste aussi à l'émergence de formes renouvelées de prise de parole, de démocratie participative et d'actions citoyennes (conseils de quartiers, mouvement du type Nuit debout…). Certaines causes ont suscité des mobilisations notables des jeunes générations au cours de la dernière décennie. Adoptant des modes de vie alternatifs et adhérant au principe de « décroissance », ils ont été nombreux à s'engager dans une mouvance altermondialiste ou sur des thèmes environnementaux et des manifestations autour des zones à défendre (ZAD). Dans un autre registre, les prises de position pour, et surtout contre, l'adoption du mariage pour tous ont aussi largement impliqué ces groupes d'âge.

Les jeunes paraissent plus souvent concernés par de nouvelles formes d'expression, comme par exemple la voie associative (Muxel 2010). Une responsabilité en la matière leur est accessible dès l'âge de 16 ans depuis juillet 2011, avec la possibilité de créer et de gérer une association sans la présence expresse d'un majeur (loi du 28 juillet 2011)[14].

Enfin, dans une période d'actualité dramatique après les différents attentats de 2015, l'affirmation croissante de convictions, notamment religieuses, celles de l'adhésion aux institutions ou à des valeurs universalistes sont une autre illustration de l'expression des jeunes générations. Celle-ci prend des formes très diverses. Ainsi, depuis ces événements, les centres de recrutement de l'armée enregistrent une hausse des candidatures[15].

Les nouvelles générations profitent notamment de leur familiarité avec les nouvelles technologies qui leur permettent de s'exprimer via des canaux inédits, de toucher des publics plus larges et d'agir en temps réel en abolissant les distances. Le développement des pétitions en ligne constitue un bon

14. Voir la brochure : http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/etre_jeune.pdf

15. http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/04/20/meme-les-bac-5-se-tournent-vers-l-armee_4905515_1698637.html [accédés le 03/06/2016]

exemple de ces formes renouvelées de mobilisation via une agora numérique. Facilitant la prise de parole sans intermédiaire, elles impliquent en premier lieu les jeunes.

Les loisirs d'une génération connectée

La plus grande transformation intervenue dans la vie quotidienne, professionnelle et personnelle des citoyens au cours des vingt dernières années a trait à la révolution numérique. Si elle touche la quasi-totalité de la population, elle concerne particulièrement les plus jeunes, nés alors que cette mutation était déjà entamée ; ces jeunes sont des natifs de l'ère informatique (*digital natives*) pour lesquels la question d'une éventuelle fracture numérique ne se pose pas. L'âge est un critère déterminant dans l'équipement et l'usage d'Internet (Rousseau et Lombard 2015). Pionniers et précurseurs en la matière par rapport à leurs aînés (Crédoc 2012), les plus jeunes évoluent dans un contexte de connectivité quasi permanente, passant tout au long de la journée et selon leurs activités d'un écran à l'autre. Ce nomadisme est facilité par la progression de l'équipement des foyers en écrans mobiles, dont les ventes ont dépassé celles des ordinateurs. On estime que 90 % des 18-24 ans possèdent un smartphone (Rousseau *et al.* 2015). Les 16-30 ans passeraient ainsi aujourd'hui en moyenne 2 heures et 12 minutes quotidiennement sur leur smartphone[16], chiffre[17] auquel il faut ajouter 2 heures et demie sur ordinateur portable et 42 minutes sur tablette, même si une partie de ce temps est souvent partagé entre plusieurs écrans simultanément.

La télévision reste l'écran le plus regardé dans l'ensemble de la population, avec une moyenne quotidienne de 3 heures et 44 minutes, même si son audience tend à se fragmenter. Pourtant, cette durée ne dépasse pas 2 heures et 21 minutes chez les 15-34 ans[18], qui consomment de moins en moins les médias traditionnels via leurs supports « historiques ». Pour eux, la presse se lit surtout en version numérique, la radio s'écoute en ligne et les 15-24 ans sont les premiers consommateurs de télévision… sur les écrans Internet, en direct ou en rediffusion. Le reste de leur temps de connexion est dévolu aux vidéos et aux achats en ligne, alors que l'émergence de services collaboratifs tels que le covoiturage ou les échanges entre particuliers, qui reposent sur Internet, concernent en premier lieu ces jeunes ultra-connectés. Internet est également un outil très utilisé pour les voyages, alors que le tourisme des jeunes est parmi ceux qui se développe le plus[19].

Mobilisées dans les études, la recherche d'emploi ou la vie professionnelle, les nouvelles technologies favorisent l'éclosion ou l'entretien quotidien de liens amicaux via un grand nombre de réseaux sociaux et une communication non verbale. Près de neuf jeunes sur dix âgés de 15 à 24 ans sont inscrits sur au moins l'un d'entre eux. Le premier est Facebook (76 %), devant Snapchat (33 %), Twitter

16. http://www.tns-sofres.com/publications/les-millennials-passent-un-jour-par-semaine-sur-leur-smartphone

17. Étude Connected Life reprise dans Stratégies *n°1851, 17 mars 2016*

18. Année TV 2015 Médiamétrie : http://www.mediametrie.fr/television/communiques/l-annee-tv-2015.php?id=1403

19. http://atout-france.fr/content/tourisme-des-jeunes

20. Étude Ipsos 2015 : http://www.blogdumoderateur.com/etude-ipsos-junior-connect-2015 [Sites accédés le 03/06/2016]

(24 %) et Instagram (18 %) (Pellerin 2015). Les chiffres disponibles pour les 13-19 ans sont au diapason : huit sur dix seraient inscrits sur Facebook en 2015, un quart sur Twitter et 14 % sur Instagram[20].

Le recours à ces technologies se traduit également en termes de loisirs : pour s'informer, écouter de la musique, regarder des films et des séries (en téléchargement ou en streaming) ou encore jouer. Elles contribuent enfin à fluidifier et à accélérer l'accès à la connaissance (Rosa 2013) mais aussi aux substances, facteurs volontiers invoqués dans la naissance d'une société addictogène (Couteron *et al.* 2015). L'accès massif aux nouveaux outils n'équivaut pas pour autant à une homogénéisation des goûts et des cultures juvéniles, celles-ci ayant même plutôt tendance à se fragmenter selon le sexe, le milieu ou le statut (Octobre 2014). Cependant, ces pratiques ont, pour tous les jeunes adeptes, des corollaires communs en termes de risque : temps d'usage excessif affectant la vie sociale et le sommeil, imprudences relatives à la divulgation d'informations privées dans des espaces publics, impossibilité de voir disparaître des informations compromettantes ou infractions, quand il y a eu contournement des règles d'acquisition des programmes et œuvres. À l'inverse, ces outils permettent parfois aux adolescents de garder le lien avec leur communauté d'amis tout en se soustrayant moins nettement au regard des parents qu'auparavant puisqu'ils peuvent communiquer de leur domicile, ce qui serait de nature à limiter un certain nombre de prises de risques.

De tels comportements ont-ils une influence sur les liens amicaux, les activités ludiques et culturelles dans la vie réelle ? Interrogés en 2015, les jeunes scolarisés de 16 ans déclarent se consacrer au sport au moins aussi souvent qu'en 2003 (voir chapitre « Les addictions sans produit », p. 38), la pratique d'Internet étant toutefois beaucoup plus intensive (usage quotidien de 83 %) que les autres occupations et étant surtout la seule à avoir progressé, au détriment du temps de sommeil.

Globalement, *« la mutation numérique a amplifié un mouvement de distance croissante avec la culture scolaire »* (Octobre 2014) et donc en premier lieu avec le livre et la lecture. Les dernières données disponibles sur le sujet soulignent par ailleurs une tendance au vieillissement de l'âge moyen des publics des équipements culturels (musées, cinémas, bibliothèques…) (Donnat 2009).

Le tableau est plus nuancé dans d'autres domaines. Près de 95 % des 15-29 ans déclaraient une activité sportive en 2010 (ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports 2014). Les 18-29 ans apparaissaient de leur côté plus actifs en termes de sociabilité amicale ou de participation à des activités associatives en 2010 qu'en 1985 (Crédoc 2012). Quant au cinéma, il semblait également davantage fréquenté par les 18-29 ans de 2010 que leurs aînés (Crédoc 2012). Les chiffres de la fréquentation des salles de cinéma en 2015 (CNC 2016) montrent ainsi que les 15-24 ans, qui comptent pour 12 % de la population, représentent 17 % des entrées, tandis que les élèves et étudiants (22 % de la population) constituent 30 % des spectateurs. Le nombre des spectateurs de

20. Étude Ipsos 2015 : http://www.blogdumoderateur.com/etude-ipsos-junior-connect-2015 [accédé le 03/06/2016]

moins de 25 ans atteint le niveau le plus haut depuis 1994. Toutefois, pour la première fois en 2015, les 60 ans s'affichent comme les plus gros consommateurs de cinéma avec 6,7 entrées annuelles, devant les 20-24 ans (6,3 entrées).

Santé, corps, sexualité : un tournant

Parce qu'il s'agit d'âges charnière au cours desquels de nouveaux comportements se dessinent ou s'installent, la santé des jeunes est un sujet qui mobilise l'attention des observateurs et des professionnels. Ces questions liées au bien-être physique et psychique comme à la vie intime apparaissent également au cœur des préoccupations des jeunes eux-mêmes. L'heure de ces premières transformations physiologiques est aussi souvent celle des expérimentations.

La jeunesse est une période de transition et d'engagement dans de nouveaux contextes sociaux qui vont de pair avec de nouvelles conduites, déterminées par les tentations et les occasions de transgression, les prises d'initiatives et de risques dont les usages de substances et les conduites addictives font partie. Alors que les adolescents abordent l'âge des expérimentations, ils construisent aussi leurs premières habitudes de vie, susceptibles de perdurer à l'âge adulte.

Globalement, cette population des 15-30 ans se dit en bonne santé, tant physiquement que moralement (Beck et Richard 2013), un sentiment un peu plus affirmé chez les plus jeunes et chez les hommes. Les jeunes femmes ont en effet une appréciation plus négative de leur santé, alors même qu'elles sont plus nombreuses à adopter des comportements qui y sont favorables (moins nombreuses à consommer des boissons alcoolisées, plus soucieuses de leur équilibre alimentaire…). Les chômeurs, eux, se considèrent plus souvent « en mauvaise santé » que les autres jeunes.

Les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent globalement des indicateurs de santé nettement plus dégradés que les autres, dans un contexte général où la jeunesse se trouve exposée à des difficultés face à l'emploi et au logement. Si un accès équitable aux soins constitue un enjeu majeur, les principaux déterminants des inégalités de santé restent extérieurs au système de soins.
Le sentiment de bien-être diminue au fil du temps. Les cas les plus graves de détresse psychologique ne concernent pas majoritairement les plus jeunes (Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse 2015a) ; sur les 9 600 personnes qui se sont suicidées en France en 2013, 430 étaient âgées de moins de 25 ans et 960 de 25 à 34 ans[21]. C'est pourtant dans les tranches d'âge les plus jeunes que sont constatées le plus de tentatives de suicide (Beck 2011) et que la part du suicide dans la mortalité générale est la plus prononcée, loin derrière les accidents de la circulation toutefois.

En matière d'hygiène de vie, une minorité de jeunes rapportent des problèmes de sommeil, malgré une tendance à la dégradation avec l'avancée dans l'âge, qui s'accompagne d'un temps raccourci de repos nocturne. Le temps moyen de sommeil passe ainsi de 7 h 37 pour les 15-19 ans à 7 h 15 pour les 26-30 ans. Ce recul, amorcé dès le collège (Léger *et al.* 2012), s'avère lié à une concur-

21. http://www.cepidc.inserm.fr/site4

rence avec les loisirs et le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, tablette ou téléphone portable) (Nuutinen *et al.* 2014). L'usage, le soir, d'outils électroniques et audiovisuels aurait pour conséquence une diminution de 30 à 45 minutes du temps de sommeil (Beck *et al.* 2013).

Près d'un quart des jeunes (23 % *vs* 17 % des 31-45 ans) se trouvent aujourd'hui en dette de sommeil (accusant une différence d'au moins 90 minutes entre le temps de sommeil effectif et celui jugé nécessaire pour être en forme le lendemain).

L'image de soi est une préoccupation souvent cruciale pour les jeunes, ce qui les rend particulièrement sensibles aux questions d'apparence physique et de poids. Alors que la proportion d'enfants en surpoids augmente, en premier lieu dans les milieux sociaux les moins favorisés[22], les jeunes générations sont exposées à l'influence médiatique et aux stratégies marketing prônant un idéal de minceur. Cette injonction peut se révéler être un terrain propice à l'installation de troubles alimentaires. Les toutes jeunes filles (Godeau *et al.* 2012) sont nombreuses à se juger trop grosses, bien qu'elles présentent un indice de masse corporelle (IMC) normal, cette perception se maintenant quand elles avancent en âge (Degorre *et al.* 2009).

Légalement, les jeunes peuvent à partir de 15 ans avoir des relations sexuelles avec un partenaire de leur choix. Depuis la fin des années 1980, l'âge moyen des premiers rapports se situe toujours aux alentours de 17 ans, un peu plus tôt pour les garçons que les filles[23]. Les changements intervenus concernent surtout les modalités d'entrée dans la sexualité, avec un recours au préservatif très largement partagé dès le premier rapport (plus de 90 % des jeunes de 15-19 ans lors du premier rapport sexuel en 2010) (Beck *et al.* 2013) du fait du risque de sida et du développement des infections sexuellement transmissibles. Pour les 15-16 ans, le recours au préservatif était de 70 % au début des années 1990 et de seulement 14 % en 1985 (Beck *et al.* 2013).

Pilule et préservatif dominent les méthodes contraceptives déclarées par les jeunes femmes entre 15 et 24 ans. C'est aussi dans cette tranche d'âge que le taux de recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) est le plus élevé (Beck *et al.* 2013). Quant à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)[24], elle concerne majoritairement des femmes âgées de 20 à 24 ans (3 %) en 2013 (Vilain et Mouquet 2015). Près de 230 000 IVG (tous âges confondus) ont alors eu lieu, soit un nombre relativement stable depuis 2006. Mais les taux de recours chez les moins de 20 ans diminuent depuis 2010, pour atteindre 9,5 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 22 parmi les 18-19 ans.

L'âge moyen à l'accouchement, qui était de 28,9 ans en 1995, se situe désormais autour de la trentaine, 30,4 ans précisément (Bellamy *et al.* 2016), et moins de 2 % des mères ont moins de 20 ans.

22. http://www.ameli-sante.fr/surpoids-de-lenfant.html ; http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/008-obesite-infantile.asp

23. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel

24. Actuellement remboursée à 100 %, comme l'ensemble des actes médicaux afférents (arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse). Pour plus d'information, consulter le site : http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/ [Sites accédés le 03/06/2016]

Perception et perspectives…

À bien des égards, la situation des 11-25 ans apparaît paradoxale. Plus scolarisés que les générations précédentes, en meilleure santé, davantage en mesure d'accéder aux loisirs et à d'autres univers culturels, via notamment les nouvelles technologies de la communication, ils n'en vivent pas moins une réalité désenchantée et anxiogène, marquée par les difficultés à conquérir leur autonomie, singulièrement sur le plan économique. De ce point de vue, le cas français n'est nullement isolé. Selon une étude menée dans huit des plus grandes économies mondiales (Barr et Zapponi 2016)[25], les moins de 35 ans vivent partout moins confortablement que leurs aînés. En France, les 20-24 ans ont des revenus inférieurs de 20 % à la moyenne nationale et leur situation s'est fortement dégradée depuis 1978. À l'inverse, celle des 60-64 ans, qui eux ont un revenu 20 % supérieur à la moyenne, s'est sensiblement améliorée.

Le thème de la jeunesse est au cœur du débat public en France. Tandis que les politiques font de l'amélioration des conditions de vie des jeunes et de leurs perspectives d'avenir un enjeu rhétorique central, les questions sur la place des jeunes, leur avenir et leur moral alimentent sondages, émissions, ouvrages, conférences… Cependant, la tonalité compassionnelle de nombreux discours publics sur les jeunes n'empêche pas non plus le réflexe consistant à considérer la jeunesse sous l'angle du problème (Crédoc 2012). Ainsi, les sujets relatifs aux comportements violents et aux faits de délinquance traduisent cette tendance à décrire les nouvelles générations par des clichés ou à travers des portraits alarmistes. Les jeunes sont aussi régulièrement brocardés pour leur passivité, leur inculture et leur superficialité[26].

L'ambition de cet ouvrage, centré sur les usages de drogues et les addictions, est donc de dépasser les stéréotypes et les généralisations hâtives, afin de restituer la situation des jeunes dans sa complexité, en apportant des éléments objectifs et solidement documentés, ainsi que des éclairages complémentaires sous forme de « focus ».

La question des « addictions », souvent abordée de façon caricaturale, constitue un excellent fil conducteur. Elle permet à la fois d'appréhender la jeunesse sous l'angle de la pluralité des profils et des comportements qui la composent et de refléter des évolutions sociales à l'œuvre dans les nouvelles générations.

25. http://www.lisdatacenter.org/news-and-events

26. Generation Wuss [génération mauviette]) écrivait l'écrivain Bret Easton Ellis dans Vanity Fair début 2015, http://www.vanityfair.fr/culture/livre/articles/generation-wuss-by-bret-easton-ellis/15837 accédé le 03/06/2016



État des lieux et évolutions

Les consommations à l'adolescence et parmi les jeunes adultes : entre expérimentations et initiations

Olivier Le Nézet, Éric Janssen, Marcus Ngantcha, Thibault Gauduchon, Stanislas Spilka

L'adolescence demeure la principale période de la vie où se déroulent les premières consommations de substances psychoactives licites et illicites. L'objectif de cette première partie est de proposer une photographie des niveaux d'usage des substances les plus consommées entre 11 et 25 ans : à quel âge commence-t-on à boire régulièrement ? Les jeunes filles fument-elles autant que les garçons ? Quand ont lieu les premiers usages de cannabis ?…

Cet état des lieux s'appuie sur les résultats des principales enquêtes statistiques développées par l'OFDT et ses partenaires depuis une quinzaine d'années. Représentatives de la population observée, elles couvrent l'ensemble de la période de l'adolescence grâce à trois enquêtes, deux se déroulant dans un cadre scolaire. Il s'agit des enquêtes HBSC et ESPAD, qui portent respectivement sur la période du collège et du lycée. Une troisième enquête interroge les adolescents âgés de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté obligatoire pour tous les jeunes Français. Enfin, l'enquête Baromètre santé[1] permet pour sa part de quantifier les usages tout au long de la vie adulte. Ces enquêtes statistiques, basées sur des échantillons représentatifs de la population générale, sont les seuls outils permettant de décrire les pratiques de consommation de drogues et de les quantifier de façon à connaître leur « vraie » prévalence dans la population.

Niveaux de consommations actuels en France chez les 11-25 ans (tabac, alcool, cannabis)

La diffusion des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis observée à l'adolescence et parmi les jeunes adultes permet de repérer les phases d'initiation et d'entrée dans l'usage régulier (définition des indicateurs p. 205) (figures 1, 2 et 3). Ces périodes diffèrent selon le produit et la fréquence d'usage. Pour l'alcool, et dans une moindre mesure le tabac, l'expérimentation marque souvent le début d'une initiation puisque, bien souvent, ce premier usage sera le début d'une consommation qui perdurera à l'âge adulte. Il n'en va pas de même pour les substances illicites comme la cocaïne, l'ecstasy, le LSD… Les adolescents ou jeunes adultes qui les expérimentent ne renouvellent guère leur expérimentation (même si à la rigueur certains pourront expérimenter plusieurs de ces produits illicites). Le cannabis est peut-être le produit le plus singulier : si une part importante des adolescents s'initie à son usage avec une consommation parfois importante entre 15 et 20 ans, il est rare que cet usage perdure au-delà d'un certain âge.

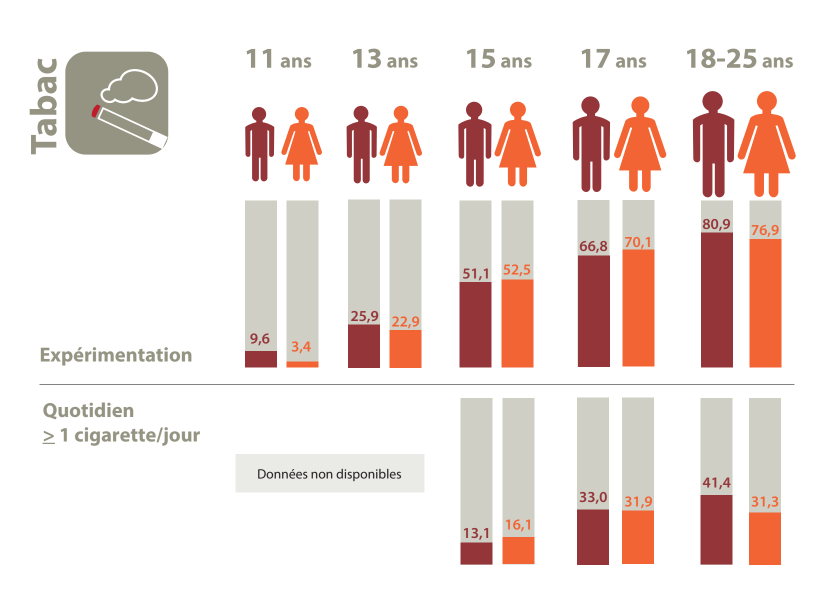
1. En 2016, l'InVS, l'INPES, l'EPRUS et ADALIS se sont unis pour créer Santé publique France, l'agence nationale de santé publique. Auparavant, le Baromètre santé était réalisé par l'INPES.

Tabac

L'initiation au tabac s'étend tout au long de l'adolescence, sa progression se révélant particulièrement marquée entre l'âge de 13 et 15 ans (Spilka *et al.* 2015b). En effet, si à 11 ans il est rare d'avoir déjà fumé une cigarette (6,6 % des enfants de cet âge), dès 13 ans un quart des jeunes (24,5 %) en sont expérimentateurs et, à 15 ans, ils le sont pour plus de la moitié (51,8 %) (figure 5, p. 34). À la fin de l'adolescence et parmi les jeunes adultes, le fait d'avoir déjà fumé une cigarette concerne huit individus sur dix, l'initiation n'évoluant plus guère après 25 ans (Beck *et al.* 2015b).

Si quelques très jeunes adolescents peuvent déjà fumer tous les jours, les premiers usages quotidiens s'observent véritablement à partir de 14-15 ans, la part de ces comportements augmentant ensuite rapidement (figure 1). En 2014, 15 % des jeunes de 15 ans disent fumer tous les jours ; ils sont plus du double à 17 ans (32,4 %). À cet égard, le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence. Après la majorité, le tabagisme quotidien progresse encore légèrement, atteignant, parmi les 18-25 ans, un palier qu'il ne dépassera plus (36,6 %).

Figure 1 - Expérimentation et usage quotidien de tabac chez les adolescents et les jeunes adultes, selon le sexe, en 2014 (%)



Sources : HBSC 2014 (rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

Cette diffusion du tabagisme à l'adolescence varie nettement selon le sexe (figure 1). Les garçons fument leur première cigarette plus précocement que les filles : à 11 ans, ils sont déjà trois fois plus nombreux à avoir expérimenté le tabac (9,6 % *vs* 3,4 % en 2014). Toutefois, les filles opèrent rapidement un rattrapage et dès l'âge de 15 ans leur niveau d'expérimentation dépasse celui des garçons. L'entrée dans l'âge adulte renverse cette situation avec une nouvelle vague d'expérimentation masculine (+14 points entre 17 et 25 ans). Ainsi, chez les jeunes adultes, le tabagisme redevient plus masculin, les jeunes femmes venant davantage à s'abstenir, notamment celles qui sont enceintes ou envisagent de l'être.

La consommation de tabac avec une chicha ou un narguilé se développe parmi les adolescents. Près de deux jeunes de 17 ans sur trois ont déjà expérimenté la chicha (64,7 %), les garçons étant plus expérimentateurs que les filles (66,1 % et 63,2 % respectivement). Les filles sont également moins consommatrices régulières : 32 % des garçons (contre 18 % des filles) déclarent avoir utilisé la chicha au moins 10 fois au cours de leur vie. Si la grande majorité des utilisateurs sont souvent par ailleurs usagers de cigarettes, à 17 ans, 8 % des adolescents ont expérimenté la chicha sans avoir jamais fumé de cigarette.

Cigarette électronique

Depuis quelques années, l'utilisation de la cigarette électronique a émergé et s'est répandue dans la population adulte française, où un quart des 18-75 ans affirme l'avoir déjà utilisé. Les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement ciblés et concernés par l'usage de ce produit. En 2014, les jeunes de 15 ans sont 45 % à avoir expérimenté la cigarette électronique. La même année, plus de la moitié (53,3 %) des adolescents de 17 ans déclarent avoir déjà expérimenté la cigarette électronique (56,5 % chez les garçons et 49,9 % des filles), 2,5 % se déclarant vapoteurs quotidiens. Parmi les jeunes adultes de 18 à 25 ans, toujours en 2014, les proportions d'expérimentateurs et d'usagers récents de cigarette électronique s'avèrent peu ou prou comparables à celles observées à la fin de l'adolescence (respectivement 45 % et 2,5 %).

Si la toxicité de la cigarette électronique n'a que très peu été étudiée, la question de sa consommation par rapport à celles des autres produits psychoactifs, et notamment le tabac, apparaît centrale. L'expérimentation exclusive de la cigarette électronique (sans avoir expérimenté le tabac) s'avère peu répandue (seulement 4,6 % des jeunes de 17 ans). Ainsi, plus de neuf jeunes sur dix (91 %) ayant expérimenté la cigarette électronique déclarent en avoir fait de même avec le tabac. Par ailleurs, les expérimentateurs des deux produits ont nettement plus souvent commencé par le tabac. Parmi les jeunes de 15 ans, le premier usage de cigarette électronique survient en moyenne quasiment un an après la première cigarette (13,7 ans *vs* 12,8 ans).

La consommation concomitante des deux produits est importante. Ainsi, à 17 ans, 70 % des vapoteurs au cours du mois déclarent parallèlement fumer quotidiennement du tabac, alors que ceux qui n'ont pas vapoté au cours du

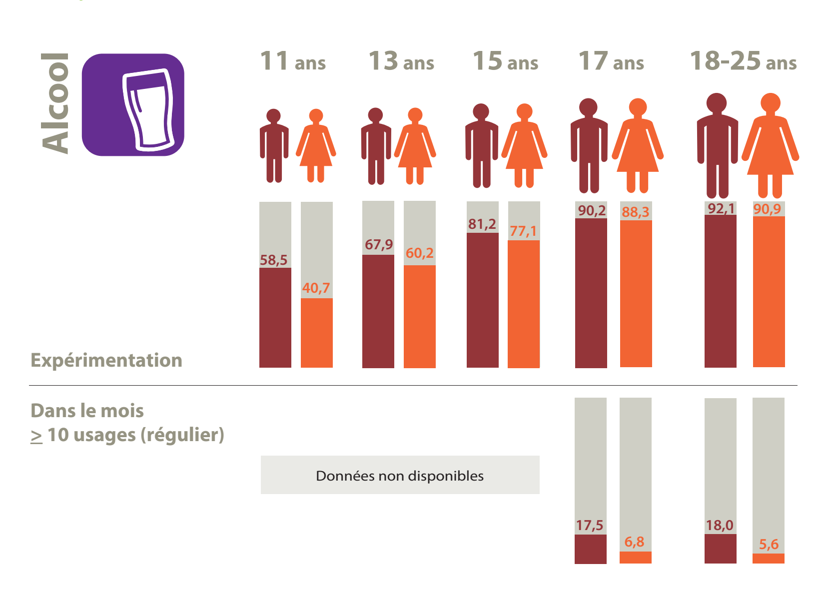
mois ne sont que 22 % dans ce cas. Ces résultats suggèrent que la cigarette électronique vient se greffer à un tabagisme préexistant et s'avère plus un complément qu'un substitut à l'adolescence.

Boissons alcoolisées

Parmi les produits psychoactifs consommés à l'adolescence, l'alcool occupe une position singulière de par son expérimentation souvent très précoce et un usage qui s'inscrit dans des pratiques et des comportements collectifs sans pareils. À l'âge de 11 ans, un jeune sur deux (49,8 %) a déjà goûté une boisson alcoolisée et ils sont huit sur dix à l'âge de 15 ans (figure 5, p. 34). Pour beaucoup d'entre eux, la première consommation s'est déroulée dans un cadre familial, à l'occasion d'une fête ou d'un anniversaire par exemple. Cette diffusion rapide de l'alcool dans la population fait de l'adolescence la période quasi exclusive d'expérimentation. Elle constitue également une phase d'initiation importante, dans la mesure où une large part des expérimentateurs va progressivement continuer à en boire plus ou moins fréquemment.

Avec l'âge, les opportunités de boire se multiplient rapidement et les consommations vont dès lors se répéter et s'intensifier. À 15 ans, quatre jeunes sur dix (41,5 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédant l'enquête.

Figure 2 - Expérimentation et usage régulier d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes, selon le sexe, en 2014 (%)



Sources : HBSC 2014 (rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

Ensuite, à 17 ans, 12 % des adolescents disent consommer plus de 10 fois par mois de l'alcool, laissant entendre qu'une régularité, voire une habitude est en train de s'installer. La consommation d'alcool est bien plus fréquente parmi les garçons, qui sont trois fois plus nombreux à déclarer boire régulièrement de l'alcool. À la faveur, peut-être, d'une moindre stigmatisation de l'alcoolisation des femmes, les jeunes filles sont de plus en plus nombreuses à déclarer des comportements d'alcoolisation proches de ceux de leurs homologues masculins (figure 2). Pour autant, le cliché qui veut qu'une femme ne doit pas s'alcooliser demeure largement partagé, même parmi les jeunes générations : en 2010, un adolescent de 17 ans sur quatre et une adolescente sur cinq considéraient qu'une « fille ne devait pas boire d'alcool » (Spilka *et al.* 2012c). Les niveaux d'usages des jeunes adultes apparaissent comparables à ceux des jeunes de 17 ans. Mais, contrairement aux autres substances, la consommation régulière d'alcool progresse continûment : un quart des 55-64 ans et près d'un tiers des 65-75 ans (31,8 %) consomment de l'alcool plus de 10 fois dans le mois.

Alcoolisation intensive

Les enquêtes permettent désormais d'étudier différents modes d'alcoolisation, comme les épisodes d'ivresses ou ceux d'alcoolisation ponctuelle importante (API). En effet, à partir du début des années 2000, de nombreux acteurs de prévention ont signalé de notables modifications dans les habitudes de consommation des plus jeunes, avec notamment des phases où ils pouvaient s'alcooliser fortement et rapidement. Afin d'explorer ces comportements et de mieux les caractériser, les enquêtes ESCAPAD et Baromètre santé ont intégré, à partir de 2005, la question suivante : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu au moins cinq verres en une seule occasion ? » Cette question s'attache à caractériser des phases singulières d'alcoolisation intentionnelle : « trop d'alcool et trop vite » (INSERM 2014).

Alors que l'ivresse renvoie à des perceptions subjectives, la notion « d'alcoolisation ponctuelle importante » (API) est plus factuelle : cinq verres ou plus en une seule occasion. Pour évoquer ces modes d'alcoolisation, identifiés au départ parmi les jeunes Anglo-Saxons, on parle parfois de *binge drinking*. L'OFDT privilégie pour sa part l'utilisation de la notion d'API, car le terme *binge drinking* est trop souvent associé à des représentations extrêmes de jeunes « ivres morts ». Or les contextes d'alcoolisation que recouvre le concept d'API peuvent s'avérer très variables, notamment en termes de durée et d'alcoolémie.

Tableau 1 - Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) à 17 ans et chez les jeunes adultes en 2014 (%)

		Hommes	Femmes	**Ensemble**
17 ans	API dans le mois	54,6	42,9	48,8
	API répétées	28,3	15,2	21,8
18-25 ans	API dans le mois	42,9	20,7	31,5

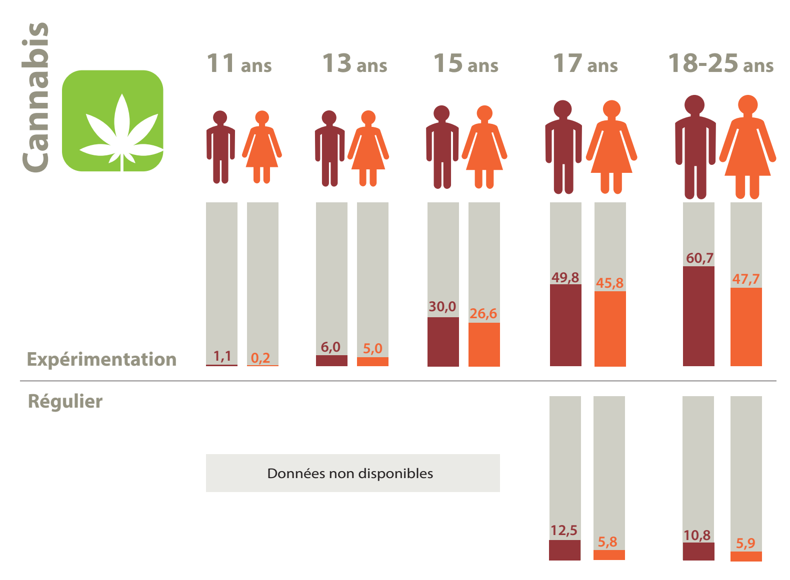
Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

En 2014, près de un jeune de 17 ans sur deux a rapporté une API au cours du mois, les garçons plus souvent que les filles (54,6 % *vs* 42,9 %). Toujours à 17 ans, ils sont un sur cinq à déclarer au moins 3 API dans le mois alors que 2 % en ont connu 10 ou plus (tableau 1). Parmi les jeunes adultes, cette pratique s'atténue légèrement avec seulement un adulte de 18-25 ans sur trois qui déclare une API. En revanche, le différentiel entre hommes et femmes s'accentue fortement puisque les premiers sont deux fois plus nombreux à consommer de l'alcool de cette manière. À l'inverse des usages réguliers et quotidiens d'alcool qui ne cessent de progresser avec l'âge, les API se font de plus en plus rares et ne concernent plus que 23 % des 26-34 ans et 8 % des 65-75 ans. Cette divergence des modes d'alcoolisation entre adolescents et adultes correspond à des cadres et des contextes de consommation différents, les plus jeunes privilégiant les « soirées » où la norme est de boire beaucoup alors que, pour les seconds, il s'agit davantage de moments confidentiels ou gastronomiques (dîners entre amis par exemple).

Cannabis

Que ce soit par curiosité, pour « goûter » ou « faire comme tout le monde », le cannabis est de loin le produit illicite le plus expérimenté et consommé dans l'ensemble de la population française. Il est très largement diffusé à l'adolescence, puisque 28 % des adolescents de 15 ans et la moitié des jeunes de 17 ans (47,8 %) déclarent en avoir déjà fumé (figure 3 et figure 5 p. 34).

Figure 3 - Expérimentation et usage régulier de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes, selon le sexe, en 2014 (%)



Sources : HBSC 2014 (rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

À 17 ans, les garçons se montrent sensiblement plus expérimentateurs de cannabis que les filles (49,8 % *vs* 45,8 %). L'adolescence constitue la principale période de diffusion du cannabis dans la population. La majorité des adultes qui ont déjà fumé du cannabis situent en effet leur première consommation durant l'adolescence.

L'usage au cours du mois de cannabis concerne 15 % des jeunes de 15 ans, sans différence entre les filles et les garçons. Comme pour l'alcool, l'usage se répand et s'intensifie entre 15 ans et 17 ans, où un quart des jeunes se révèlent usagers récents et près de un sur dix (9,2 %) consommateur régulier. À 17 ans, les garçons s'inscrivent davantage que les filles dans des modes de consommation répétés, voire réguliers (12,5 % *vs* 5,8 % pour l'usage régulier). La consommation s'atténue avec l'entrée dans l'âge adulte, tout en demeurant masculine. Les niveaux d'usages récents et réguliers mesurés parmi les 18-25 ans sont en deçà de ceux observés chez les adolescents de 17 ans (respectivement 16,9 % et 8,3 %). Contrairement aux consommations de boissons alcoolisées, l'usage de cannabis diminue rapidement avec l'âge. Ainsi, au-delà de 35 ans, l'usage récent ne concerne plus que 5 % des 35-44 ans et 2 % des 45-54 ans.

Médicaments psychotropes

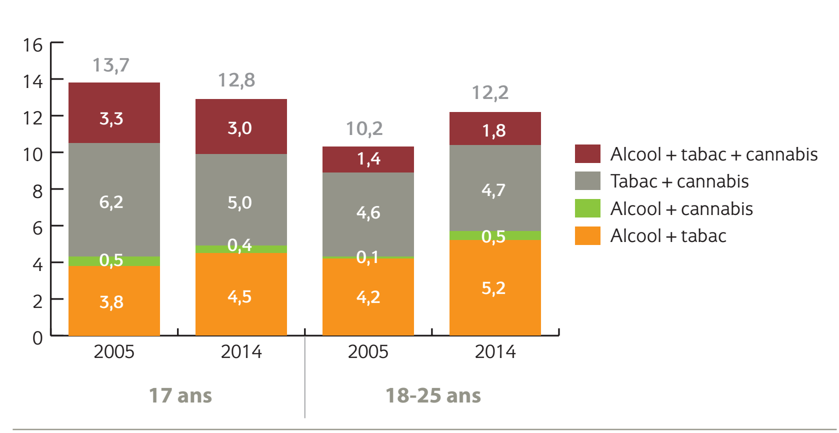
En 2014, l'expérimentation de médicaments psychotropes concerne près d'un quart des jeunes de 17 ans (24,6 %), les somnifères et les anxiolytiques ayant été expérimentés par respectivement 13 % et 16 % des adolescents. L'expérimentation des antidépresseurs se révèle inférieure avec 6 % de jeunes concernés. Comme en population adulte, les usages de médicaments psychotropes, à l'exception de la Ritaline®, sont presque deux fois plus fréquents parmi les filles, quelle que soit la catégorie de psychotropes. Les tranquillisants présentent, en outre, la particularité d'être les médicaments dont la consommation est le plus souvent renouvelée : 4,2 % des adolescentes déclarent en avoir pris plus de dix fois au cours de leur vie (elles sont 2,0 % pour les somnifères et 1,5 % pour les antidépresseurs). Parfois, ces usages peuvent avoir lieu en dehors d'une prescription médicale dans le cadre d'une automédication ou en association avec d'autres substances à des fins récréatives (voir article « Les usages détournés de médicaments », p. 74).

Polyconsommations d'alcool, de tabac et de cannabis

Bien souvent, les adolescents interrogés déclarent avoir déjà expérimenté plusieurs substances psychoactives. Si, en 2014, seuls 8 % des adolescents de 17 ans n'avaient encore jamais expérimenté ni le tabac, ni l'alcool, ni le cannabis, à l'inverse sept sur dix (68,1 %) avaient déjà expérimenté au moins deux de ces trois substances et près de la moitié (45,2 %) les avaient toutes essayées. En général, les premières consommations s'enchaînent selon la chronologie suivante : d'abord l'alcool, puis le tabac, et en dernier le cannabis, avec généralement un décalage de un ou deux ans entre chaque produit.

Consommer régulièrement plusieurs de ces trois produits n'est pas rare (figure 4). En 2014, 13 % des adolescents de 17 ans et 12 % des jeunes adultes de 18 à 25 ans consommaient régulièrement au moins deux produits, principalement du tabac et de l'alcool. Cette association majoritaire représente 40 % des polyconsommations régulières et environ 15 % des adolescents consomment régulièrement les trois produits. Du fait que les usages réguliers d'alcool et de cannabis soient moins répandus parmi les femmes, les niveaux de polyconsommation des hommes s'avèrent globalement nettement plus élevés. En effet, 17 % des garçons de 17 ans et 18 % des hommes de 18-25 ans déclarent consommer régulièrement au moins deux des trois produits contre respectivement 8 % et 7 % des jeunes femmes.

Figure 4 - Polyconsommations régulières en 2005 et 2014 (%)



Sources : ESCAPAD 2005 et 2014 (OFDT), Baromètre santé 2005 et 2014 (INPES)

Autres substances illicites ou détournées

Autres substances illicites que le cannabis

L'expérimentation de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis comme la cocaïne, le LSD ou la MDMA (initialement vendue sous forme de comprimé dénommé couramment « ecstasy », elle est désormais aussi consommée sous forme de poudre ou de cristaux, voir article « La MDMA » p. 48) se déroule plutôt à la fin de l'adolescence et parmi les jeunes adultes. Leur usage reste cependant rare et se limite dans la majorité des cas à des consommations occasionnelles et limitées dans le temps.

À 17 ans, les niveaux d'expérimentation de ces substances se situent tous en deçà de 4 % (tableau 2).

Tableau 2 - Expérimentations des autres produits illicites ou détournés par les adolescents et les jeunes adultes en 2014

	17 ans			18-25 ans		
	Garçons	Filles	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
MDMA/ecstasy	4,2	3,5	3,8	9,3	4,9	7,0
Cocaïne	3,2	3,3	3,2	9,6	4,7	7,1
Amphétamines	3,2	2,3	2,8	3,7	2,2	2,9
LSD	1,9	1,3	1,6	4,9	1,8	3,3
Héroïne	1,0	1,0	1,0	1,4	1,1	1,3
Crack	1,0	1,1	1,1	0,7	0,6	0,7
Champignons hallucinogènes	5,0	2,7	3,8	9,2	4,2	6,6
Poppers	5,7	5,2	5,4	13,0	10,5	11,7
Produits à inhaler	4,2	4,3	4,3	3,2	1,9	2,5

Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

On trouve parmi les produits les plus expérimentés trois substances stimulantes : la MDMA, la cocaïne et les amphétamines, qui sont expérimentées par 3 à 4 % des jeunes de 17 ans. Les adultes âgés de 18 à 25 ans sont, en proportion, deux fois plus nombreux (7,0 %) à déclarer avoir déjà consommé de la cocaïne ou de la MDMA au cours de leur vie. L'usage actuel (au cours des 12 derniers mois) de ces substances s'avère ainsi maximal parmi les jeunes adultes avec notamment environ 3 % de consommateurs de cocaïne et 4 % de consommateurs de MDMA, ces usages diminuant ensuite pour devenir rares au-delà de 35 ans.

Viennent ensuite l'héroïne, le LSD et le crack ne dépassant guère 1 % d'expérimentation chez les adolescents. Chez les jeunes adultes, les niveaux sont tout aussi bas. Ceux qui ont consommé au moins un de ces produits n'ont majoritairement pas renouvelé l'expérience.

Parmi les produits hallucinogènes, les champignons se distinguent par des niveaux d'expérimentation s'élevant à 4 % à 17 ans et à 7 % parmi les jeunes adultes de 18 à 25 ans, la plupart s'en tenant à cette simple expérimentation. Ainsi, à 17 ans, 76 % des expérimentateurs n'en avaient pris qu'une seule fois au cours de leur vie, alors que pour les autres substances illicites (hormis le cannabis) cette proportion se situe autour de 60 %. Dépasser le stade de l'expérimentation se révèle donc exceptionnel.

Si, à l'âge de 17 ans, garçons et filles présentent des prévalences comparables pour l'usage de cocaïne, d'héroïne ou de crack, les garçons expérimentent légèrement plus souvent que les filles les champignons hallucinogènes, la MDMA ou le LSD. Parmi les jeunes adultes, à l'exception du crack et de l'héroïne, les hommes sont plus souvent expérimentateurs que les femmes.

Substances détournées de leur usage premier

D'autres substances psychoactives sont également consommées à la fin de l'adolescence, essentiellement des produits dont la vente est autorisée tels que les poppers ou des « produits à inhaler » détournés de leur usage premier, comme les colles ou les solvants. Leurs niveaux d'expérimentation à 17 ans sont un peu supérieurs à ceux des substances illicites autres que le cannabis (4,3 % pour les produits à inhaler et 5,5 % pour les poppers). Parmi les jeunes adultes, les poppers semblent continuer leur diffusion puisque 12 % des adultes de 18 à 25 ans en ont déjà consommé au cours de leur vie. À l'image de la plupart des substances illicites, les usages dans l'année semblent maximaux avant 25 ans, diminuant ensuite assez rapidement avec l'avancée en âge.

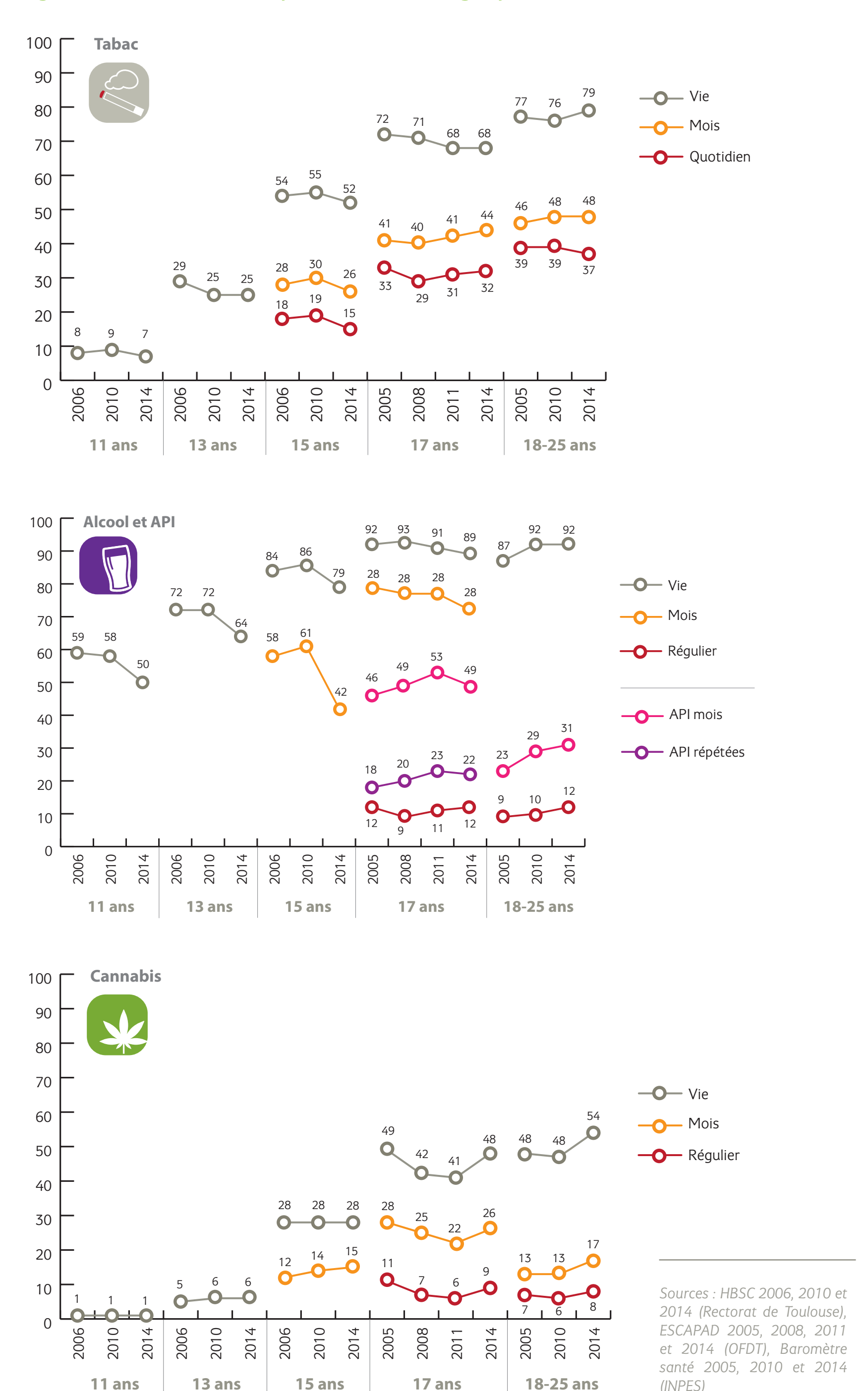
Évolutions des consommations au cours des dix dernières années

Le tabac s'avère le produit dont les niveaux de consommations ont le moins évolué depuis 2005, excepté pour les jeunes de 15 ans chez qui on constate des niveaux d'usage en deçà de ceux observés en 2006 et en 2010. Contrairement à l'expérimentation qui paraît se stabiliser, l'usage quotidien parmi les adolescents de 17 ans, après une baisse ininterrompue depuis 2000, s'oriente à la hausse ces dernières années, sans toutefois retrouver les niveaux du début des années 2000 (figure 5a). Les futures enquêtes permettront de confirmer ou non cette hausse. Le recul de l'âge à la première cigarette observé ces dernières années entraîne une contraction de la période d'initiation. Autrement dit, le délai moyen entre la première cigarette et le début de l'usage quotidien se raccourcit.

Concernant l'alcool, les niveaux d'expérimentation des adolescents ont accusé une baisse notable sur la période 2010-2014. Ainsi, à l'âge de 11 ans, l'expérimentation d'alcool est passée de 58 % à 50 % en 4 ans et de 86 % à 79 % parmi les jeunes de 15 ans. En revanche, les niveaux d'usage récent et régulier des adolescents plus âgés (17 ans) et des jeunes adultes ont peu évolué au cours des dix dernières années. Contrairement à ce qui est observé dans l'ensemble de la population française où la consommation quotidienne d'alcool (notamment de vin) a fortement baissé, les consommations d'alcool à l'adolescence laissent apparaître une certaine constance. Cette dissonance observée entre les deux populations, adulte et adolescente, repose en grande partie sur des représentations et des motivations d'usage qui diffèrent fortement et qu'il conviendrait à l'avenir de mieux expliciter. En revanche, il est probable que la baisse des expérimentations chez les plus jeunes (figure 5b) traduise des changements de comportement chez les adultes et particulièrement chez les nouvelles générations de parents, davantage sensibilisés aux risques et qui ont eux-mêmes adapté leurs modes de consommation.

Les adolescents, sans pour autant consommer plus d'alcool de façon globale, ont modifié leurs modes de consommation au profit d'alcoolisations ponctuelles importantes plus fréquentes. Entre 2005 et 2014, les API ont nettement progressé parmi les jeunes de 17 ans, passant de 46 % à 49 %. Les API répétées (au moins 3 dans le mois) sont aussi orientées à la hausse, passant de

Figures 5a,b,c - Évolution depuis 10 ans des usages pour les 11, 13, 15, 17 et 18-25 ans



Sources : HBSC 2006, 2010 et 2014 (Rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014 (OFDT), Baromètre santé 2005, 2010 et 2014 (INPES)

18 % à 22 % sur la même période. Ces comportements s'observent aussi chez les adolescents, qui boivent très occasionnellement, laissant entendre que ces modes d'alcoolisation sont largement partagés.

La consommation de cannabis, parmi les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes, a connu plusieurs fluctuations au cours des dix dernières années, selon trois phases distinctes. Le début des années 2000 est d'abord marqué par une forte diffusion du cannabis. À partir de 2003, une baisse générale des usages s'amorce et se poursuit jusqu'en 2011. Enfin, les dernières enquêtes révèlent des usages de cannabis chez les jeunes de nouveau à la hausse. Ainsi, en 2014, les prévalences d'usage dans le mois sont redevenues comparables à celles observées en 2005. Néanmoins, chez les plus jeunes adolescents (figure 5c), les niveaux d'expérimentation comme ceux des usages récents n'ont quasiment pas évolué.

Les niveaux d'expérimentation des substances illicites autres que le cannabis ont augmenté dans des proportions et à des rythmes différents selon le type de produits considérés. Parmi les jeunes adultes, on observe des progressions notables, comme celles des niveaux d'expérimentation des champignons hallucinogènes, de la cocaïne et de la MDMA, qui ont quasiment doublé en dix ans. Ces tendances sont probablement liées à une accessibilité renforcée via le développement de l'achat sur Internet, du micro-trafic et d'une évolution de long terme à la baisse des prix des produits. S'agissant des substances hallucinogènes et des stimulants, leur plus grande diffusion est à rapprocher de la propagation de la culture « électro » à un public plus large de jeunes adultes (voir chapitre « L'accessibilité des produits », p. 100). Chez les adolescents, seule l'expérimentation de la cocaïne a augmenté au cours des dix dernières années. La tendance est moins nette concertant la MDMA. Ce produit a connu de notables fluctuations au cours de la période. Après une forte hausse au début des années 2000, principalement sous forme de comprimés (ecstasy), l'expérimentation a nettement diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 2011 (1,9 %). En 2014, un sursaut est de nouveau observé avec l'apparition de nouvelles formes (poudre, cristal). L'expérimentation de MDMA a atteint ainsi en 2014 un niveau comparable au pic observé en 2003 (3,8 %) (voir article « La MDMA », p. 48).

La mesure des usages problématiques

La fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte marquent pour certains l'entrée dans des consommations récurrentes qui peuvent à terme se révéler problématiques. Pour la plupart des jeunes, la consommation de cannabis cesse assez rapidement après l'adolescence et, lorsqu'elle reste limitée en quantité, fréquence et durée, elle n'a le plus souvent pas de conséquence majeure en termes de santé, de réussite scolaire et d'intégration sociale ou professionnelle. Pour autant, les risques de dépendance[2], comme avec l'alcool, restent élevés, en particulier lorsque la consommation a commencé précocement (Chen *et al.* 2005 ; SAMHSA 2011) ou lorsqu'elle s'inscrit

2. La notion de dépendance renvoie à des critères légèrement variables selon les classifications internationales ; elle peut se caractériser sommairement par l'impossibilité de contrôler sa consommation/son comportement malgré des conséquences dommageables.

dans des difficultés scolaires ou l'existence de comportements délinquants… (van den Bree et Pickworth 2005). Les usages de cannabis et d'alcool peuvent également parfois réveler ou aggraver des troubles psychiatriques (INSERM 2014).

Enfin, la consommation d'alcool ou de cannabis est susceptible d'entraîner des dommages immédiats ou situationnels (implication dans des violences interpersonnelles, rapports sexuels non désirés, accidents de la route, condamnations judiciaires) et l'usager dépendant s'expose à plus ou moins long terme à des dommages sociaux et individuels importants. Pour le tabac, si les risques sanitaires sont parmi les plus élevés, il n'existe pas à proprement parler de dommages sociaux.

La caractérisation des usages problématiques par des critères de consommation et la définition de seuils nécessite d'identifier au préalable les comportements à risque corrélés à un usage de substances psychoactives. En matière de consommation, on considère actuellement qu'il existe un continuum dans les usages de produits psychoactifs allant de l'abstinence à la dépendance (American Psychiatric Association 2013). Selon l'âge, le produit ou encore la situation personnelle, les problèmes induits par l'usage ou l'abus de substances sont très variés. Dans tous les cas, seul un entretien clinique mené par un spécialiste peut identifier de façon claire et complète une situation d'abus ou d'usages problématiques de substances. Il est cependant possible d'utiliser des tests de repérage dans des enquêtes statistiques (voir Repères méthodologiques) afin de quantifier la part des usagers présentant des problèmes en lien avec leur consommation (Spilka *et al.* 2013).

Boissons alcoolisées

Pour identifier les usages problématiques d'alcool en population générale, on utilise généralement le test Audit-C (voir Repères méthodologiques). En 2014, 27 % des 18-25 ans étaient identifiés comme des buveurs occasionnels sans risque, 1 % comme des buveurs réguliers sans risque, 43 % comme des buveurs à risque ponctuel et enfin 14 % comme des buveurs à risque chronique. La consommation à risque ponctuel diminue ensuite nettement avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, maximale entre 18 et 25 ans, se stabilise autour de 7 % après 26 ans. L'usage d'alcool des jeunes adultes s'avère donc plus souvent problématique que celui de leurs aînés, mettant en évidence un mode de consommation différent, où les usages sont moins fréquents mais plus intenses.

En population adolescente, l'absence de test de repérage dans les enquêtes ne permet pas de quantifier la part des usagers problématiques. Néanmoins, si la dépendance à l'alcool s'avère encore relativement rare (au regard du nombre d'adolescents accueillis pour un problème lié à l'alcool dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou les consultations jeunes consommateurs, par exemple), le principal pro-

blème des adolescents en lien avec l'alcool demeure celui des alcoolisations aiguës (Naassila 2008). Outre des mises en danger immédiates (accidents de la route, intoxication éthylique nécessitant une intervention médicale, etc.), celles-ci provoquent des dommages cérébraux importants à l'adolescence (Lisdahl *et al.* 2013).

Cannabis

Comme pour l'alcool, il existe des risques de dépendance au cannabis. Aujourd'hui, la littérature scientifique souligne les risques de dommages individuels et sociaux liés à un usage régulier de cannabis (INSERM 2014). Si ces effets délétères peuvent survenir pour des faibles fréquences d'usage, les enquêtes montrent leur liaison étroite avec des fréquences élevées de consommation, en particulier à l'adolescence. En effet, les troubles cognitifs liés à l'usage de cannabis, comme la perte d'attention, l'augmentation du temps de réaction ou les troubles de la coordination, peuvent se manifester dans les heures qui suivent l'usage (Grant *et al.* 2003). La consommation régulière de cannabis est également susceptible d'engendrer un syndrome amotivationnel pouvant se traduire par des résultats scolaires plus faibles, des difficultés d'insertion professionnelle, des relations affectives difficiles et une moindre qualité de vie (voir chapitre « Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale », p. 65).

L'utilisation du test de repérage Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (voir Repères méthodologiques) dans les enquêtes auprès des adolescents permet d'estimer et de suivre l'évolution de la part des jeunes susceptibles de présenter une consommation problématique. En 2014, parmi les adolescents qui avaient consommé du cannabis dans l'année, plus de un sur cinq (21,9 %) présentait un risque élevé d'usage problématique. Rapporté à l'ensemble des adolescents de 17 ans, fumeurs de cannabis ou non, l'usage problématique concernerait 8 % des jeunes. Cette proportion est en hausse sensible par rapport à 2011, où 5 % des adolescents enquêtés étaient exposés à un risque de dépendance (ils étaient 6 % en 2008). Parmi les jeunes adultes usagers, 21 % présentaient un risque de consommation problématique, soit une prévalence de 6 % dans la population française de cette catégorie d'âge (8 % chez les hommes et 4 % chez les femmes). Comme chez les adolescents, cette proportion est en hausse : le risque de dépendance concernait 5 % de la population enquêtée en 2010 (7 % pour les hommes et 3 % pour les femmes).

Les addictions sans produit : état des lieux

Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet

Les addictions sans produit ou addictions comportementales peuvent être définies de la manière suivante : il s'agit de « la focalisation sur un objet d'intérêt unique (ou très prévalent), devenu un véritable besoin plus qu'un désir, et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives sur la vie sociale ou affective ou sur la santé […]. » (Reynaud *et al.* 2016). Si le concept d'addiction sans produit est relativement récent, certaines dépendances sans substance ont été rapidement identifiées, comme par exemple, celles liées aux jeux d'argent. L'expertise collective INSERM menée en 2008 sur les jeux de hasard et d'argent (INSERM 2008) rappelle que les comportements « addictifs » aux jeux d'argent se sont répandus avec le développement de la Loterie royale de France au cours du XVIIIe siècle qui a permis au plus grand nombre de s'adonner au jeu, qui était jusque-là un simple divertissement de cour. Depuis, de nombreuses addictions comportementales ont été identifiées : addiction aux jeux vidéo, achats compulsifs, addictions alimentaires, dépendance à l'activité physique, boulimie, hypersexualité, kleptomanie… Aujourd'hui, le développement des nouvelles technologies et plus particulièrement des TIC (technologies de l'information et de la communication : Internet, smartphone, protocole Bluetooth…), qui permettent de jouer et d'être connecté quasiment en tout lieu et en tout temps, génèrent – notamment auprès des plus jeunes populations – de nouvelles formes d'addiction à Internet et aux jeux vidéo. Par ailleurs, l'ouverture à la concurrence des jeux d'argent et de hasard en ligne offre, depuis 2010 (loi du 12 mai 2010), de nouvelles opportunités de jouer à des jeux d'argent susceptibles également de favoriser une dépendance.

Bien qu'aucun consensus ne se dégage aujourd'hui quant à une caractérisation des troubles constatés, les structures de prise en charge font face à une demande croissante d'intervention pour des usages problématiques de jeux vidéo, d'Internet et, plus rarement, de jeux d'argent. Les situations rencontrées décrivent des conduites de dépendance, d'évitement des relations sociales et de souffrance psychique, y compris chez des mineurs. Si de nombreux termes sont utilisés dans la littérature scientifique pour décrire ces pratiques abusives (utilisation « excessive », « problématique » ou « compulsive »), on parle plus communément « d'addictions sans produit ».

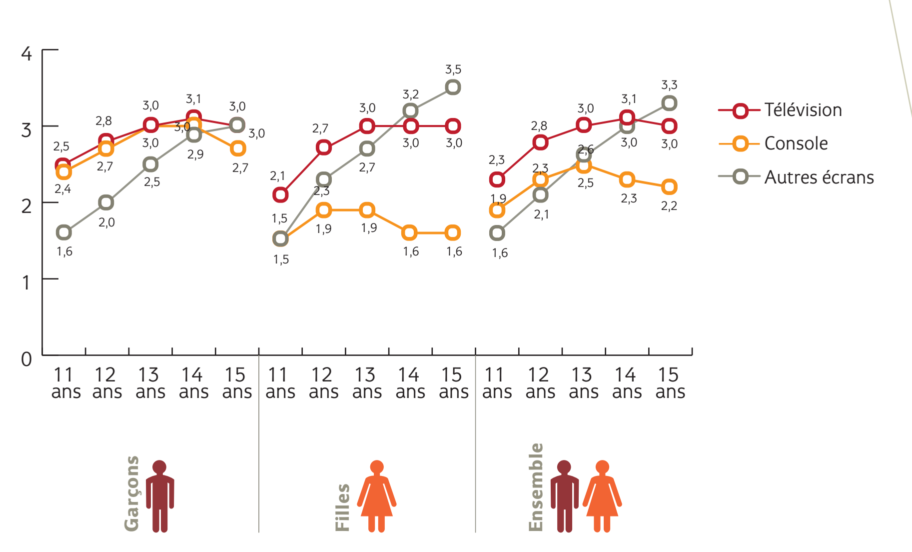
Mais quantifier ces comportements suppose dans un premier temps d'être en mesure de décrire précisément l'usage de ces supports numériques, pour la plupart nomades et multifonctions. En effet, la simultanéité des activités liées aux écrans rend hasardeuse leur quantification et, en conséquence, la mesure d'une éventuelle dépendance. Les dernières enquêtes menées en population adolescente ont intégré des questions sur divers aspects de ces pratiques et donnent l'occasion de dresser un premier état des lieux de la pratique de TIC et des jeux d'argent.

L'usage des écrans parmi les plus jeunes

Entre 11 et 15 ans, les garçons déclarent passer en moyenne une heure de plus chaque jour que les filles devant une console de jeux (source HBSC 2014). Après une légère augmentation entre l'âge de 11 et 13 ans, le nombre d'heures devant une console baisse jusqu'à l'âge de 15 ans au profit des autres pratiques d'écran (figure 1). Par exemple, l'utilisation d'un écran d'ordinateur pour faire des devoirs, envoyer des mails, communiquer sur des réseaux sociaux et surfer sur Internet progresse fortement avec l'âge, passant de 1,6 heure/jour chez les 11 ans pour culminer à 3,3 heures/jour chez les jeunes de 15 ans. Cet accroissement semble davantage marqué chez les filles (+ 2 heures) que chez les garçons (+ 1,5 heure).
Le temps passé devant la télévision, quant à lui, ne se différencie que très peu en fonction du sexe. Il augmente progressivement entre 11 et 13 ans mais décroît ensuite légèrement à 15 ans. L'exposition cumulée aux différents écrans au cours de la journée est en moyenne de 5,8 heures à 11 ans et de 8,4 heures[1] à 15 ans : ces estimations illustrent l'omniprésence actuelle des écrans quelle qu'en soit l'utilisation au quotidien des adolescents et la place qu'ils occupent dans la réalisation des différentes activités au cours d'une même journée (figure 1).

1. Chiffres vraisemblablement surestimés du fait de la concomitance des usages évoquée précédemment. Il est, en effet, tout à fait possible de, simultanément, regarder la télévision et de chater, d'écouter de la musique et de surfer sur Internet en surveillant sa page Facebook ou faire un pari sportif.

Figure 1 - Moyennes quotidiennes des heures passées devant différents types d'écrans, selon le sexe, en 2014



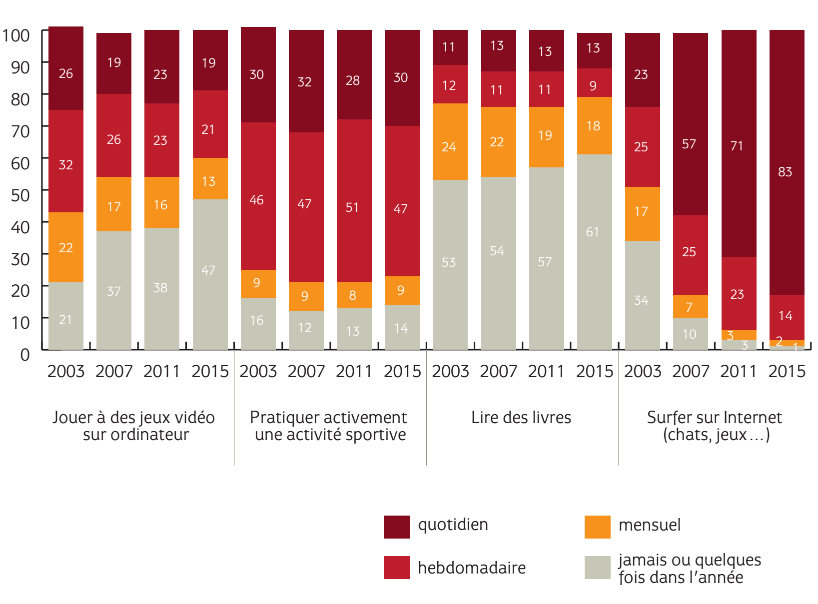
Source : HBSC 2014 (OFDT)

La pratique d'Internet à l'adolescence

La pratique d'Internet chez les adolescents de 16 ans a considérablement progressé au cours des dix dernières années : en 2003, 23 % des jeunes de 16 ans déclaraient un usage quotidien, contre 83 % en 2015 (figure 2). Bien que la question disponible dans l'enquête ESPAD soit limitée (il est impossible, par exemple, de caractériser les différents modes d'utilisation), elle permet cependant de comparer l'intensité de cette activité par rapport à d'autres loisirs comme la lecture ou les pratiques sportives. En particulier, cette très forte progression de l'usage d'Internet ne semble pas avoir eu d'impact sur la pratique d'une activité sportive. En revanche, le pourcentage de jeunes déclarant ne quasiment jamais lire est passé de 53 % en 2003 à 61 % en 2015. Quoi qu'il en soit, surfer sur Internet apparaît aujourd'hui comme la première pratique journalière, et ce très largement devant les autres loisirs.

Une large majorité (85 %) des jeunes de 17 ans interrogés en 2011 dans l'enquête ESCAPAD ont déclaré avoir la possibilité de se connecter quotidiennement à Internet, la quasi-totalité surfant depuis leur domicile (tableau 1).

Figure 2 – Évolution de la pratique des loisirs chez les jeunes de 16 ans entre 2003 et 2015 (%)



Sources : ESPAD 2003, 2007, 2011, 2015 (OFDT)

Tableau 1 - Part des adolescents de 17 ans qui se connectent à Internet occasionnellement ou tous les jours, selon le sexe et la situation scolaire ou professionnelle en 2011 (%)

	Ensemble (n = 27402)	Garçons (n = 13 615)	Filles (n = 13 787)	Élèves (n = 23 282)	Apprentissage (n = 2 830)	Autres (n = 1 290)
Jamais	0,8	1	0,5	0,4	1,8	5
Occasionnellement	14	15	13	13	21	25
Tous les jours	85	84	86	87	77	73

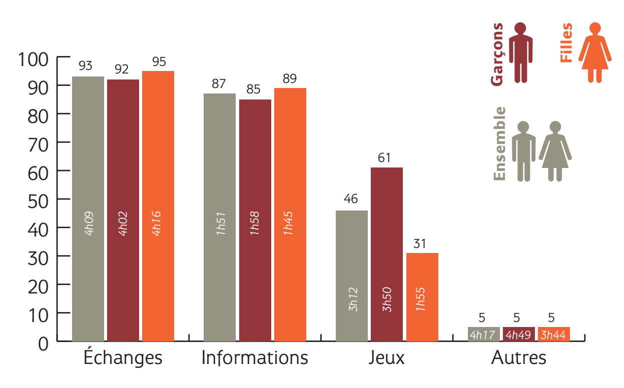
Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Lecture : à la question « avez-vous la possibilité de vous connecter sur Internet ? [chez vous]/[à l'école]/[autre lieu] », seuls 0,8 % des adolescents ont répondu « jamais » pour tous les lieux proposés.

La possibilité d'accéder à Internet est similaire pour les filles et les garçons mais varie selon la situation scolaire ou professionnelle des adolescents. Les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire ont plus de difficultés à se connecter quotidiennement (respectivement 77 % et 73 %, contre 87 % parmi les élèves).

Passer du temps avec ses amis sur Internet pour échanger avec ses pairs (messageries, réseaux sociaux, forums de discussion, blogs…) apparaît comme la pratique d'écran la plus chronophage : les jeunes y consacrent en moyenne plus de 4 heures par semaine (figure 3). Suivent les activités d'information (actualité, recherches documentaires), qui concernent près de neuf jeunes sur dix en 2011. Cependant, le volume horaire hebdomadaire est nettement plus faible, les adolescents n'y consacrant environ que 1 h 50 par semaine. La pratique des jeux vidéo (en réseau, de rôle, de stratégie, de combat, etc.) constitue l'activité la plus susceptible de générer un usage problématique (Obradovic *et al.* 2014). Elle concerne 46 % des adolescents qui y jouent un peu plus de 3 heures en moyenne chaque semaine. De plus, il s'agit de l'activité Internet la plus sexuée : 61 % des garçons ont déclaré y avoir joué, contre 31 % des filles. Enfin, une proportion minime (5 %) des jeunes a déclaré avoir utilisé d'autres applications.

Figure 3 – Fréquence d'utilisation d'Internet et durée moyenne au cours des 7 derniers jours selon les types d'utilisation chez les jeunes de 17 ans en 2011 (%)



Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Si l'omniprésence des TIC dans le quotidien des plus jeunes marque vraisemblablement une rupture culturelle et générationnelle dont les effets sont encore mal connus, ces résultats soulignent la nécessité de différencier les circonstances, les contextes, tout autant que les types de pratiques qui se révèlent plurielles (voir encadré ci-dessous). Il convient donc d'éviter de « pathologiser » la pratique d'Internet ou des écrans, qui ne constitue bien sûr pas en soi un comportement problématique à l'adolescence.

Des circonstances et des types de jeux vidéo plus ou moins pathogènes ?

Les joueurs problématiques se singularisent par leur pratique : ils jouent la plupart du temps seuls et en ligne (en mode MMO, c'est-à-dire multijoueurs et en ligne). On sait par ailleurs que les jeux de rôle, de type MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*), et les jeux de stratégie, tels que les MMORTS (*Massively Multiplayer Online Real-Time Strategy*, ou jeux de stratégie en temps réel en ligne massivement multijoueurs), sont régulièrement pointés du doigt pour leur caractère « addictif ». En effet, le temps de jeu, comme les qualités technologiques des jeux vidéo, n'ont cessé d'augmenter, entraînant une plus grande accroche du joueur, maintenu en état de stimulation par des règles de jeu de plus en plus engageantes (Trepte et Reinecke 2010). Les joueurs problématiques jouent à presque tous les types de jeux mais beaucoup plus souvent que les autres aux jeux de rôle et aux jeux de stratégie. Parmi les amateurs de jeux de stratégie, on compte ainsi davantage de joueurs problématiques, tant parmi les garçons, notamment au collège, que parmi les filles, surtout au lycée. Par ailleurs, les filles identifiées comme joueuses problématiques s'adonnent plus souvent à des jeux réputés masculins (simulation, aventures, tir et action, rôle, stratégie) que les autres joueuses. Elles sont aussi moins fréquemment amatrices de jeux d'application (Candy Crush Saga, Angry Birds, Solitaire…) (Obradovic *et al.* 2014).

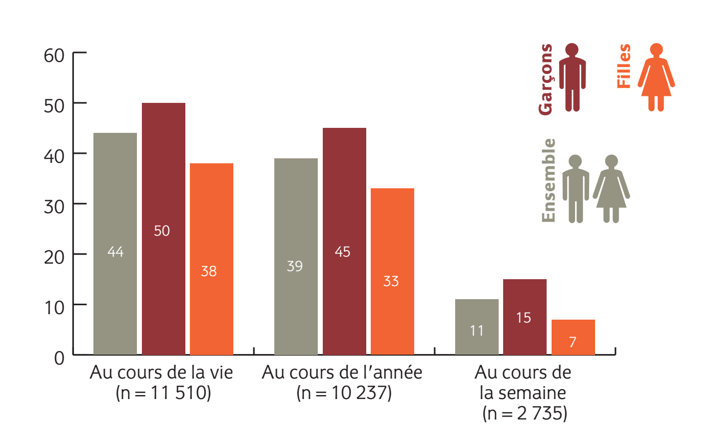
Les jeux d'argent et de hasard à l'adolescence

Les jeux d'argent et de hasard (JAH) sont [des] « jeux payants où le hasard prédomine sur l'habileté et les combinaisons de l'intelligence pour l'obtention du gain » (Article 2 de la loi du 12 mai 2010). Ils se sont fortement développés ces dernières années grâce notamment à Internet. En effet, à la suite de la loi du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux de hasard et d'argent en ligne, de nombreux sites de paris sportifs ou de jeux de casino se sont créés, offrant de la sorte la possibilité de jouer partout et en permanence. Bien que ces sites aient été dès le départ réservés aux adultes, le risque que les adolescents puissent s'y connecter demeure : le contrôle se fait par une simple déclaration, alors que la vente des jeux de grattage, de tirage ou de pronostic chez les buralistes est interdite, tout comme l'accès aux casinos. Comme pour les jeux vidéo, il y a donc un enjeu à identifier si ces activités sont répandues chez les adolescents, en particulier sur Internet.

En 2011, près de la moitié des jeunes Français de 17 ans (44 %) ont répondu positivement à la question « Avez-vous déjà joué à un jeu d'argent quel que soit le type de jeu » (ESCAPAD 2011). Ils sont quasiment aussi nombreux (39 %) à avoir pratiqué un JAH au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête et un sur dix à avoir joué durant la semaine précédant l'enquête (11 %) (figure 4). Les écarts observés entre les niveaux de fréquence des filles et des garçons sont statistiquement significatifs et toujours en faveur de ces derniers. Ils sont particulièrement marqués parmi les joueurs dont la pratique est récente (15 % *vs* 7 %). Néanmoins, les niveaux observés varient fortement selon le type et les modalités de jeu (l'importance des sommes engagées, l'espérance de gain, l'apprentissage plus ou moins long que nécessite le jeu, la régularité…). Deux tiers des adolescents ayant joué dans l'année (66 %) n'ont pratiqué qu'un seul type de jeu. Il s'agit dans ce cas essentiellement des jeux de grattage et tirage, qui regroupent 83 % des joueurs. Le dernier tiers est composé principalement des joueurs qui ont pratiqué deux types de jeu (dans la majorité des cas, il s'agit d'un jeu de tirage et de pronostic). Seule une petite minorité (6 %) a joué à plusieurs types de jeux.

Avec 12 % des adolescents concernés, les jeux de pronostic, c'est-à-dire les paris sportifs, apparaissent moins souvent pratiqués par les adolescents que les jeux de tirage. Mais, ils présentent la double caractéristique d'être principalement joués par les garçons (20 % *vs* 3 % parmi les jeunes filles) et d'être les jeux d'argent dont la pratique hebdomadaire ou quotidienne se révèle la plus importante : 24 % des parieurs dans l'année jouent chaque semaine et près de 3 % d'entre eux tous les jours (figure 5).

Figure 4 - Proportion de joueurs de JAH au cours de la vie, de l'année et de la semaine à 17 ans, selon le sexe, en 2011 (%)

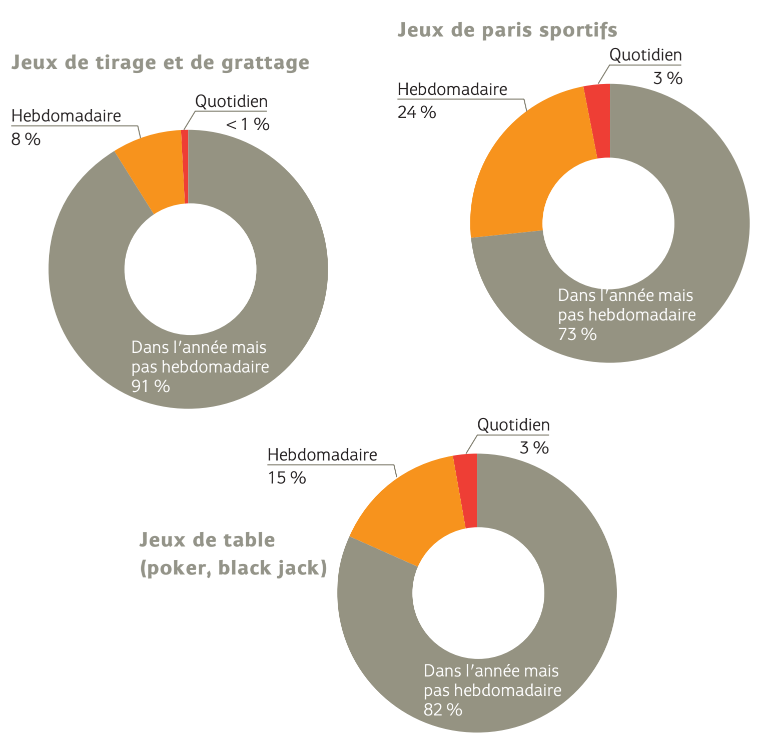


Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Enfin, la pratique d'un JAH en ligne n'est déclarée que par 14 % des joueurs dans l'année, soit 4 % des jeunes de 17 ans. Elle s'avère plus particulièrement répandue chez les jeunes pronostiqueurs (23 %) et les joueurs de poker ou autres jeux de table, pour lesquels 39 % ont déclaré jouer généralement sur Internet. En comparaison, ceux qui pratiquent les jeux de tirage ne sont que 13 % dans ce cas.

Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car, à ce jour, l'étude ESCAPAD 2011 restant la seule enquête d'envergure à avoir abordé ce thème, aucune évolution n'est disponible. Il est impossible de savoir comment la pratique des jeux d'argent parmi les adolescents s'est développée ou transformée au cours de ces cinq dernières années. Quoi qu'il en soit, ces résultats n'indiquent pas d'engouement particulier, même si les garçons affichent un attrait marqué pour les paris sportifs. En outre, la pratique des jeux d'argent et de hasard sur Internet est marginale, sans qu'il soit possible de savoir si cela traduit un réel désintérêt ou une difficulté d'accès.

Figure 5 - Fréquence de JAH par type de jeux en 2011 (%)



Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Le mythe contemporain du rajeunissement des usages

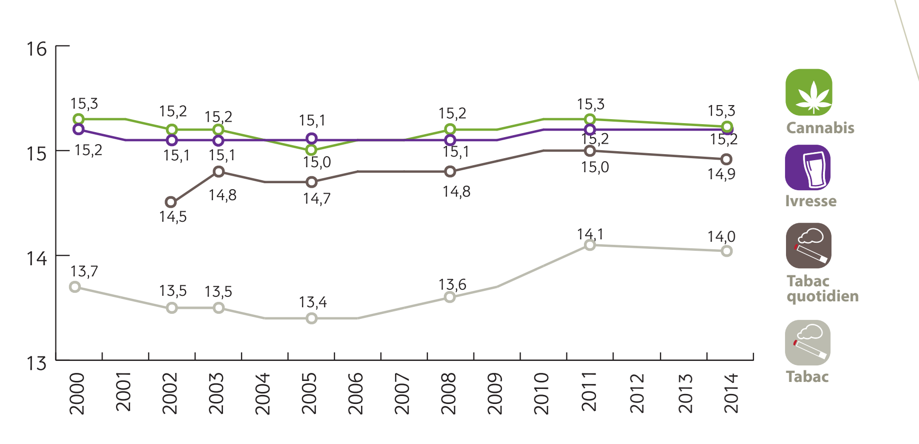
François Beck

Une certaine stabilité de l'âge moyen d'expérimentation

Parmi les représentations courantes sur les addictions figure l'idée d'un « rajeunissement des usagers », récurrente dans les discours publics sur les jeunes face aux drogues (Obradovic et Beck 2012). Or les données témoignent d'une relative stabilité de l'âge d'entrée dans les consommations, avec une séquence d'initiation globalement inchangée depuis le début des années 2000. Premier verre d'alcool, première cigarette, première ivresse puis premier joint de cannabis se succèdent en moyenne entre 13 et 15 ans, sans changement majeur de l'âge moyen d'expérimentation de chacun de ces produits, si ce n'est pour la première cigarette (Spilka *et al.* 2015d). Après une baisse des âges d'initiation constatée entre 2000 et 2005, traduisant une plus grande précocité, la tendance s'est inversée, en particulier pour l'expérimentation de tabac (figure 1). Sur l'ensemble de la période, le passage au tabagisme quotidien a été de plus en plus différé, malgré un rajeunissement observé pour la première fois en 2014 (14,9 ans *vs* 15,0 ans en 2011). Garçons et filles se distinguent peu sur ces âges d'initiation.

Contrairement à ce qui est parfois affirmé, les expérimentations de substances psychoactives n'ont pas lieu, aujourd'hui, à un âge plus précoce qu'au début des années 2000. Parmi les jeunes de 15-30 ans ayant expérimenté le cannabis au cours des cinq dernières années, l'âge d'initiation apparaît même en léger recul entre la période 2000-2010 (Beck et Richard 2013). Ce résultat corrobore les observations issues des enquêtes menées auprès des adolescents, qui montrent plutôt un vieillissement de l'entrée dans la consommation d'alcool

Figure 1 - Évolution des âges moyens d'entrée dans les usages des principaux produits à 17 ans



Source : ESCAPAD 2000-2014 (OFDT)

et de cannabis. Un mouvement comparable est observé pour le tabac, avec une expérimentation plus tardive mais un délai moyen qui se réduit entre la première cigarette et le passage au tabagisme quotidien.

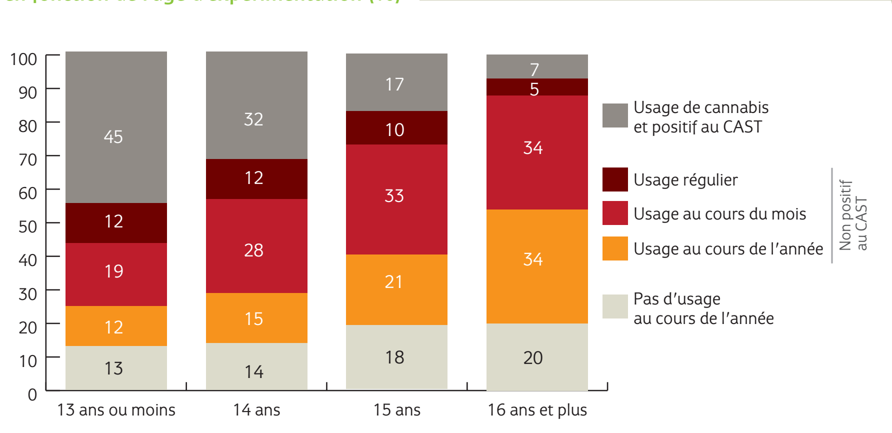
Cette perception d'un rajeunissement des consommations est souvent relayée par les personnes en contact avec les plus jeunes ainsi que par les médias. Réfutée par les enquêtes en population générale, elle traduit en fait une double réalité : la hausse globale des pratiques d'usage dans la population et un renouvellement générationnel dans le rapport aux consommations. Alors que, dans les années 1970, les consommations de cannabis et des autres drogues illicites étaient assez circonscrites aux cercles étudiants, avec une consommation d'alcool et de tabac bien ancrée dans la génération des parents, l'accès au cannabis s'est aujourd'hui élargi aux adolescents dès le collège.

La précocité des comportements d'usage doit être mise en lien avec tout un ensemble d'évolutions du processus d'entrée dans l'âge adulte : accès à la citoyenneté avancé à 18 ans, expérimentation de la sexualité, accès favorisé à des services traditionnellement perçus comme dévolus aux adultes (premier téléphone portable, première carte de retrait bancaire...). Or ces réalités soulignent l'imbrication des comportements de consommation de substances dans la société de consommation en général (Peretti-Watel *et al.* 2002), dans un contexte où les modes de vie témoignent de profonds bouleversements générationnels (voir « Contexte », p. 11), avec notamment des écrans qui trouvent leur place très tôt dans l'enfance.

La précocité est un facteur de risque majeur

Quoi qu'il en soit, la précocité de l'entrée dans l'usage apparaît associée à la survenue ultérieure d'usages problématiques. Expérimenter tôt une substance semble ainsi être le signe d'une probable installation dans une consommation importante susceptible de devenir délétère. Pour le cannabis, par exemple, 57 % des jeunes de 17 ans qui ont fumé leur premier joint avant l'âge de 14 ans sont devenus des fumeurs réguliers de cannabis et/ou présentent un usage à risque, et seuls 13 % d'entre eux en ont abandonné la consommation (voir figure 2).

Figure 2 - Profil d'usage de cannabis à 17 ans en 2014, en fonction de l'âge d'expérimentation (%)



Lecture : 45 % des usagers de cannabis de 17 ans en 2014 qui ont expérimenté le cannabis avant l'âge de 14 ans, sont positifs au test CAST (voir Repères méthodologiques), la plupart d'entre eux déclarant des usages réguliers au moment de l'enquête.

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Si les usages réguliers des différentes substances psychoactives ne commencent en général guère avant l'âge de 14 ans, il est notable que les adolescents qui se distinguent par la précocité de leur pratique présentent une certaine vulnérabilité et un risque important de basculer vers un usage problématique. Par exemple, un usage précoce et régulier de cannabis comporte principalement des risques cognitifs (somnolence, troubles de la perception, etc.) et psychiques (difficultés de concentration, détérioration de la mémoire de court terme et des facultés d'apprentissage, source de difficultés scolaires, perte de motivation) (Hall *et al.* 2016a ;Volkow *et al.* 2014) (voir chapitre « Vulnérabilité et conséquences sanitaires », p. 87).

Sans pouvoir être assimilée à d'autres facteurs psychosociaux exogènes, la précocité des usages peut néanmoins constituer le signal fort d'une situation à risque. Au-delà des dangers strictement sanitaires, la pratique atypique que constitue un usage précoce par rapport à la norme dans son entourage prive en effet le jeune adolescent d'un certain nombre de facteurs de protection. D'ordinaire, le contrôle par les pairs, qu'ils soient eux-mêmes usagers ou non, est susceptible de fixer des limites qui, si elles transgressent les normes des adultes, n'autorisent pas pour autant toutes les formes d'excès.

Une prévention adaptée aux plus jeunes

Les programmes de prévention semblent prendre en compte cette précocité en ouvrant de plus en plus le dialogue sur les substances psychoactives dès la fin du primaire, au prix d'une adaptation au niveau de maturité du public concerné. Être un très jeune usager de drogues constitue un critère pronostique pertinent pour le repérage et la prévention éventuelle des usages problématiques avant leur manifestation clinique. Or une telle démarche s'avère cruciale pour que l'effort porte davantage sur l'évitement du basculement vers les usages problématiques afin de réduire les risques. L'enjeu pour les acteurs de terrain est de détecter les situations de glissement vers un usage problématique et de proposer des solutions adaptées. Il y a dans ces cas nécessité de dialogue, d'une importante part d'écoute et de compréhension mutuelle, notamment parce qu'il n'y a guère de cassure nette entre usage problématique et autres, mais plutôt un continuum avec une certaine diversité des contextes d'usage (voir chapitre « Prévenir les conduites addictives », p. 129).

Pour autant, il importe de ne pas considérer la précocité comme le seul élément diagnostique dans la détermination du caractère problématique de l'usage. Par exemple, la réaction de l'expérimentateur lors des premières consommations est un élément tout aussi crucial. Une mauvaise expérience peut éventuellement dissuader l'expérimentateur de renouveler sa tentative, alors qu'au contraire une première consommation plaisante peut l'inciter à poursuivre. Le renoncement courant, avec l'avancée en âge, à des produits tels que les colles et solvants, qui sont pourtant très accessibles mais ne provoquent pas toujours les effets attendus, en est une illustration probante.

En matière de précocité, l'écart à la norme (ou à la moyenne) s'avère, quel que soit le produit, un très mauvais signe. Ce signe précurseur d'un usage problématique peut ainsi servir de repère aux adultes référents pour entamer un dialogue afin de comprendre assez tôt les significations d'une telle pratique.

La MDMA : une substance emblématique pour une partie de la jeunesse

Michel Gandilhon, Thomas Néfau

L'usage de la MDMA sous sa forme comprimé, « ecstasy » (voir encadré ci-contre), a commencé à se développer en France chez les jeunes à la fin des années 1980 avec l'émergence du mouvement techno. À ce titre, cette substance est emblématique d'un certain courant culturel propre à la jeunesse. Associée au monde de la fête et appréciée pour ses effets empathogènes, la MDMA, malgré les aléas de l'offre et de ses métamorphoses, reste encore aujourd'hui une substance recherchée et dont l'usage tend à transcender les origines sociales.

Une drogue générationnelle

Dans les enquêtes les plus récentes, la prévalence de l'expérimentation de la MDMA apparaît plus élevée chez les jeunes que dans le reste de la population générale. Ainsi, 7 % des 18-25 ans (Beck *et al.* 2015b) contre 4,3 % des 18-64 ans, déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de la vie (voir chapitre « Les consommations », p. 24). Toujours chez les jeunes consommateurs, la MDMA atteint des niveaux d'expérimentation quasiment aussi élevés que ceux de la cocaïne. Si l'on s'intéresse aux usages dans l'année, il apparaît que, chez les 18-25 ans, la MDMA est la deuxième substance illicite la plus consommée (3,8 %), derrière le cannabis et devant la cocaïne (3,1 %). Par ailleurs, les observations ethnographiques font apparaître l'usage de la MDMA comme un marqueur générationnel fort. Les consommations sont présentes aussi bien parmi les étudiants, appartenant en moyenne à des milieux plus favorisés, que parmi les jeunes actifs. Elles semblent être caractéristiques d'un moment de la vie où l'entrée dans les études supérieures, voire dans la vie active, rime avec une vie sociale et festive plus intense. C'est probablement un facteur qui explique aussi le différentiel important avec les jeunes de 17 ans, pour qui l'expérimentation est à un niveau beaucoup plus bas (3,8 %) (Spilka *et al.* 2015a).

Une drogue phénix ?

Un regard rétrospectif sur ces quinze dernières années montre que, dans la jeunesse, les usages d'ecstasy ont connu plusieurs phases.

MDMA/ecstasy : qu'est-ce que c'est

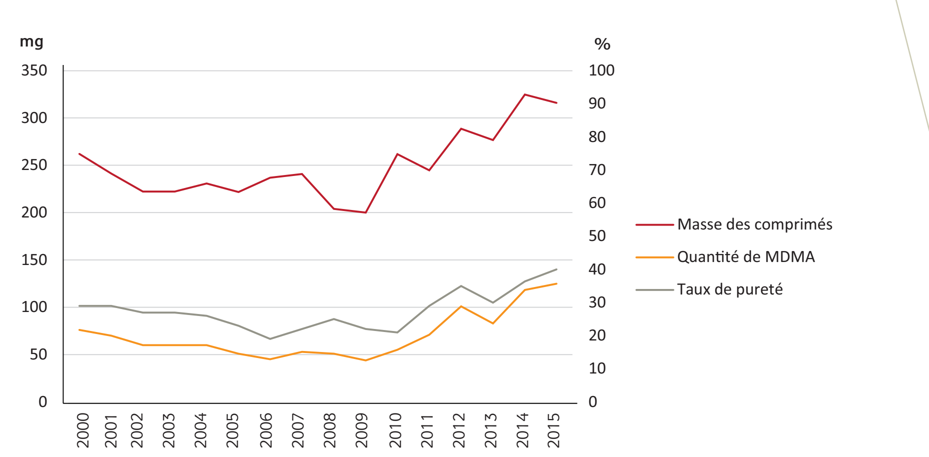


La MDMA (méthyl-dioxy-méthyl-amphetamine) est une molécule de la famille des phénéthylamines comme l'amphétamine. Elle agit sur les systèmes sérotoninergiques, dopaminergiques et adrénergiques, ce qui lui confère des propriétés stimulantes, mais également empathogènes et entactogènes. Elle circule sous la forme de comprimés, appelés « ecstasy », mais aussi sous la forme de cristaux (petits blocs durs translucides), susceptibles d'être réduits en poudre. Sous cette forme, la MDMA est généralement ingérée, soit dans une gélule ou sous la forme de « parachute » (aussi appelé « bombe » ou simplement « para »), c'est-à-dire enrobée dans du papier à cigarette, ou diluée dans une boisson. Ce moyen de consommation permet un usage facile et discret qui a participé à la diffusion de ce produit dans l'espace festif commercial. L'usage par le snif, la « chasse au dragon » (voir note p. 62) ou encore l'injection restent anecdotiques.

Une première, qui dure de la fin des années 1980 au début des années 2000, où la diffusion du produit est ascensionnelle, à la mesure du développement du milieu festif techno dans la société française. À cette époque, la MDMA circule quasi exclusivement sous la forme ecstasy (comprimé) et bénéficie d'une excellente image auprès des jeunes usagers. L'ecstasy apparaît comme consubstantielle à l'univers de la fête et ses effets spécifiques semblent en harmonie avec l'esprit communautaire que porte la techno. Elle est d'ailleurs nommée à cette époque « pilule de l'amour », dans le sillage du second *summer of love* de la fin des années 1980 en Grande-Bretagne. En outre, sa galénique dominante (le comprimé ou la gélule) facilite la consommation et rassure les usagers. En 2000, deux faits, encore valables aujourd'hui, sont observés : d'une part, aux yeux de nombreux jeunes, l'ecstasy n'apparaît pas comme une drogue ; d'autre part, sa consommation dépasse non seulement les clivages propres au milieu techno (free parties *vs* discothèques), mais aussi les classes sociales (Bello *et al.* 2001).

À partir de 2002-2003, la MDMA connaît une deuxième phase, marquée par une certaine désaffection. Celle-ci tenant moins d'ailleurs à la substance en tant que telle qu'à une baisse importante de la « qualité » des comprimés en circulation. Le phénomène s'accompagne aussi d'une perte d'intérêt pour une substance considérée comme ringarde et démodée par une partie des usagers les plus expérimentés (Girard et Boscher 2010). Néanmoins, pour une majorité de consommateurs, le grief majeur porte sur la prolifération sur le marché des arnaques et des produits de moindre qualité. Les analyses toxicologiques permettent d'objectiver le phénomène et montrent à l'époque une diminution du taux moyen de principe actif dans les comprimés circulants. En 2009, la situation est aggravée par une véritable pénurie d'ecstasy due à des destructions importantes de cultures de sassafras (arbuste dont on extrait le safrole, un des précurseurs de la synthèse chimique de MDMA) et des saisies de safrole en Asie du Sud-Est (OICS 2009). Prolifèrent alors sur le marché des comprimés dont une énorme proportion ne contient aucun principe actif.

Figure 1 - Évolution de la masse des comprimés d'ecstasy, de leur teneur en MDMA et de leur taux de pureté entre 2000 et 2015



Source : INPS, Données STUPS

Cependant, la substance va connaître un retour en grâce parmi les usagers avec l'apparition massive sur le marché de la forme cristal de la MDMA, très peu présente jusque-là dans le milieu festif et qui tient son nom de sa présentation sous forme de petits blocs translucides. À partir du début des années 2010, cette galénique fait l'objet d'un véritable engouement lié d'une part à sa nouveauté, qui entraîne un véritable effet de mode (« syndrome Madonna »[1]), et à ses teneurs élevées en principe actif, reflétées par les analyses toxicologiques. À l'époque, son prix au gramme, 65 euros en moyenne, soit dix fois plus cher qu'un comprimé d'ecstasy (Cadet-Taïrou *et al.* 2013), ne constitue pas un obstacle à sa diffusion. Les jeunes tendent à faire des achats groupés et une à deux doses d'un dixième de gramme suffisent pour tenir une soirée. Comme l'ecstasy des années 1990-2000, la MDMA cristal jouit d'une excellente image fondée sur ses effets « love » et festifs. Pour beaucoup de jeunes aujourd'hui, comme l'ecstasy hier, la MDMA n'est pas considérée comme une drogue.
Cette tendance est renforcée par la réapparition depuis quelques années de comprimés d'ecstasy, désormais plus volumineux et plus riches en principe actif (EMCDDA *et al.* 2016b ; Néfau *et al.* 2015b).

En effet, la masse des comprimés et leur teneur en MDMA augmentent depuis la fin des années 2000 (figure 1). La disponibilité de l'ecstasy s'est également accrue depuis cette période. En 2015, lors d'une enquête sur l'ecstasy menée par le dispositif SINTES de l'OFDT, 80 % des usagers interrogés ont répondu qu'il n'était pas difficile de se procurer de l'ecstasy. Cette enquête a également révélé que seuls 10 % des échantillons collectés ne contenaient pas de MDMA, alors que, à l'inverse, en 2009 lors d'une précédente enquête sur les « produits de synthèse », il n'y avait que 10 % des ecstasy qui ne contenaient que de la MDMA. En outre, il y a également eu un effort manifeste des producteurs en matière de fabrication des comprimés, probablement dans le but d'attirer les plus jeunes consommateurs. Ils affichent des formes en 3D de logos de marques actuelles connues et des couleurs vives. Ils sont également de meilleure facture, moins friables, et donnent parfois l'impression d'être pelliculés de la même façon que pourrait l'être un comprimé pharmaceutique (figure 2). Cette apparence est de nature à rassurer le consommateur, qui peut estimer le produit sans risque. Cependant, malgré une plus forte disponibilité, des cas d'arnaques persistent et les comprimés ne contiennent pas toujours de la MDMA (Néfau *et al.* 2015a).

Figure 2 - Échantillons d'ecstasy collectés par le dispositif SINTES



Source : INPS

Il convient donc d'être extrêmement prudent face à ces ecstasy « nouvelle génération », d'autant plus que la plupart sont fortement dosés, contenant souvent plus de 150 mg de MDMA.
Les effets indésirables, bien que plutôt rares, ne sont pas négligeables et peuvent être fatals (voir chapitre « Vulnérabilité et conséquences sanitaires », p. 87)[2].

1. En 2012, la chanteuse publie un album, « MDNA », dans lequel la consommation de MDMA est explicitement abordée.

2. Les associations de réduction des risques conseillent aux usagers de fractionner les prises, de ne jamais consommer un comprimé d'ecstasy en entier mais de commencer par une moitié, voire un quart pour les plus gros, et d'attendre au moins une heure avant d'en reprendre (PsychoActif 2016). Il est aussi conseillé d'éviter tous les mélanges avec d'autres substances, et notamment l'alcool, et de surtout bien s'hydrater.



Profils de consommation, parcours et « contextes »

2

Parcours scolaires et insertions professionnelles

Marcus Ngantcha, Éric Janssen, Stanislas Spilka

Années collège et lycée, moments clés de l'entrée dans les consommations ?

Selon la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), 98,9 % des jeunes adolescents français âgés de 11 ans sont scolarisés (DEPP 2013). Ce taux baisse au fil des âges pour atteindre 77,4 % à 18 ans. Ainsi, décrire la consommation de substances psychoactives et son évolution au cours du cursus scolaire, du fait de l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans, revient quasiment à observer les mêmes usages que ceux présentés dans la partie précédente consacrée à l'état de lieux, mais selon un angle différent. L'objectif est d'étudier la dimension temporelle de la diffusion des usages en privilégiant le parcours scolaire qui, autant que l'âge, est un élément de contexte qui détermine fortement l'univers juvénile. Par ailleurs, ce changement de perspective offre un calendrier de la diffusion des consommations qui peut s'avérer plus lisible pour comprendre les phases les plus critiques et penser les actions de prévention. On dispose pour ce faire de deux enquêtes représentatives des collégiens et des lycéens avec, d'une part, l'enquête HBSC qui permet de suivre la diffusion des usages de la classe de 6e à la 3e et, d'autre part, l'enquête ESPAD couvrant les classes de la 2nde à la terminale (voir Repères méthodologiques). La première partie de ce chapitre vise à décrire l'évolution des consommations des principales substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) au cours du collège et du lycée. Ensuite, les consommations des principales substances sont décrites au prisme du type de formation choisie à l'entrée au lycée, les élèves étant amenés à s'orienter en filière générale ou professionnelle.

Évolution des consommations au collège et au lycée

La figure 1 résume la diffusion du tabac, de l'alcool et du cannabis tout au long de la scolarité du secondaire[1].

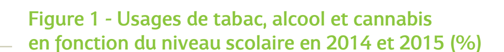
À l'entrée au collège, les élèves ont déjà, pour une grande partie d'entre eux, expérimenté l'alcool, le collège comme le lycée se révélant davantage une période d'initiation que d'expérimentation (Spilka *et al.* 2015b). Ainsi, le collège puis surtout le lycée constituent une période d'intensification progressive des usages d'alcool (Spilka *et al.* 2016b). Il en est de même pour le tabac où la comparaison de la progression des niveaux durant les deux cycles du

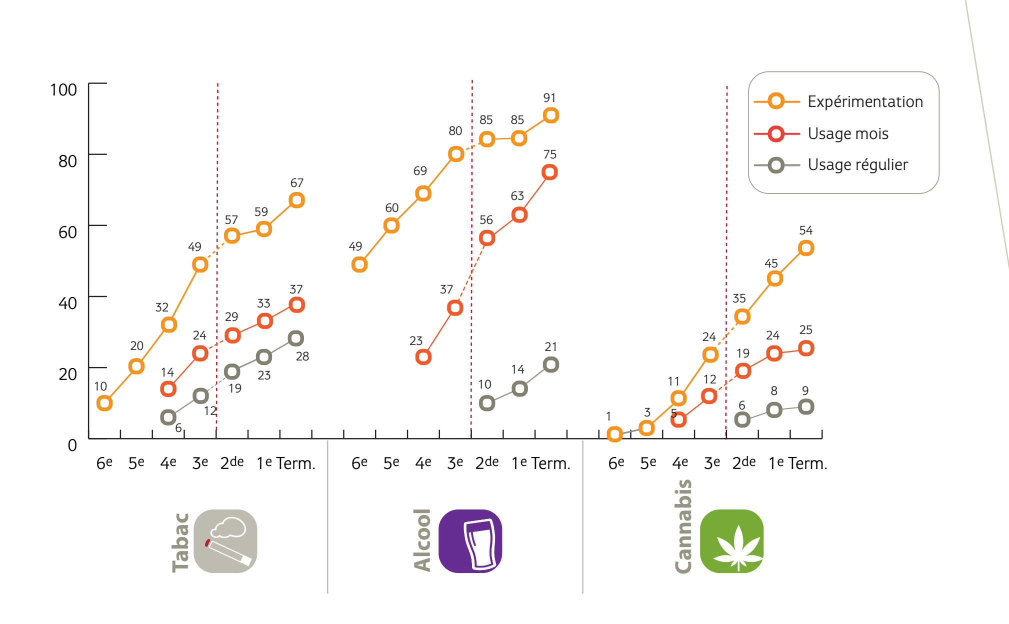
1. Les résultats sont présentés et commentés dans ce chapitre comme s'il s'agissait de données longitudinales, ce qui n'est pas le cas dans le cadre des sources mobilisées (enquêtes transversales). Néanmoins, il est fort probable que les évolutions observées reflètent en partie la réalité de la diffusion de ces trois produits sur l'ensemble de la période observée.

secondaire fait clairement apparaître ces années « collège et lycée » comme une phase d'initiation massive au tabagisme puis d'ancrage de celui-ci : les classes de 4e et de 3e se révèlent charnières dans les consommations, alors que l'entrée au lycée s'accompagne d'une nette intensification des usages quotidiens.

La consommation de cannabis connaît parmi les lycéens une diffusion comparable à celle du tabac, avec toutefois des niveaux moindres et un décalage dans le temps d'une année (scolaire) environ. Le passage au lycée correspond à l'une des plus importantes phases d'initiation au cannabis. Si l'expérimentation du cannabis se développe dès la classe de 4e (11 % des élèves), les niveaux doublent en 3e puis augmentent de nouveau en 2de (respectivement 24 % et 35 %).

Cette diffusion des usages au cours de la scolarité est à rapprocher pour partie des évolutions de l'encadrement, tant scolaire que parental, favorisant une autonomie croissante, qui se traduit notamment chez les adolescents par une vie sociale et festive plus intense.


Figure 1 - Usages de tabac, alcool et cannabis en fonction du niveau scolaire en 2014 et 2015 (%)



Sources : HBSC 2014 et ESPAD 2015 (OFDT)

Les consommations selon les filières

Au terme du collège, qui accueille tous les jeunes scolarisés, les adolescents ont le choix entre deux grandes voies : la filière générale et technologique, d'une part, et la filière professionnelle, d'autre part. Si ce choix détermine, en grande partie, le devenir de l'adolescent, il correspond également à des contextes de vie et à un parcours scolaire différents. Les lycéens en cursus professionnel, par exemple, ont pratiquement un an de plus que leurs homologues qui suivent un enseignement général et ils ont plus souvent redoublé ou rencontré des difficultés dans leur scolarité.

L'observation des usages parmi les lycéens révèle des différences selon la filière suivie. En particulier, la consommation de tabac apparaît la plus discriminante entre les deux filières, avec des écarts de niveaux s'intensifiant selon la régularité de l'usage (tableau 1). Les parts d'expérimentation et de fumeurs quotidiens de tabac sont ainsi plus importantes, respectivement de 8 et 15 points, parmi les lycéens en formation professionnelle. À l'inverse, l'usage de l'alcool s'avère plus marqué dans la filière générale et technologique comparé à la filière professionnelle (88 % *vs* 84 % pour les expérimentations et 66 % *vs* 59 % pour les consommations dans les 30 derniers jours). Quant à l'usage de cannabis, il ne se différencie pas selon la filière suivie, si ce n'est pour l'usage régulier, plus fréquent en filière professionnelle.

Du côté des apprentis et des jeunes déscolarisés

À 17 ans, les apprentis représentent près de 10 % des jeunes. S'ils ne sont pas interrogés via les enquêtes scolaires ESPAD et HBSC, ils le sont en revanche dans l'enquête ESCAPAD, qui couvre l'ensemble de la population de cet âge. Il en va de même des 4 % d'adolescents déjà sortis du système scolaire, qu'ils soient en situation de décrochage scolaire, ou qu'ils aient simplement terminé leur formation.

Comparativement aux élèves de l'enseignement général et professionnel âgés de 17 ans, les adolescents en apprentissage et ceux sortis du système scolaire se distinguent par des niveaux de consommation élevés :

- un tabagisme quotidien deux fois supérieur : 60 % des jeunes déscolarisés, 51 % des jeunes en apprentissage, contre 29 % des élèves ;
- des usages réguliers de boissons alcoolisées et des alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées, particulièrement élevées chez les apprentis, respectivement 21 % et 35 %, contre 11 % et 20 % parmi les jeunes élèves, mais aussi parmi les adolescents déscolarisés (14 % et 25 %) ;
- un usage régulier de cannabis plus important, surtout parmi les jeunes déscolarisés : 21 % contre 15 % pour les apprentis et 8 % parmi les élèves.

Tableau 1 - Les usages dans le secondaire selon les filières (%)

		Ensemble (n = 6 642)	Filière générale et technologique (n = 4 189)	Filière professionnelle (n = 2 453)
Tabac	*Expérimentation*	61	58	66*
	Usage au cours du mois	33	28	42*
	Usage quotidien	23	18	33*
Alcool	*Expérimentation*	87	88	84*
	Usage au cours du mois	79	66	59*
	Usage régulier	15	14	16
Cannabis	*Expérimentation*	44	43	45
	Usage au cours du mois	23	22	24
	Usage régulier	8	7	10*

Source : ESPAD 2015 (OFDT)

*Lecture : * indique une différence statistiquement significative entre les filières (test de Chi2 de Pearson).*

Les usages de produits psychoactifs des 18-25 ans selon leur statut professionnel en 2014

L'entrée dans l'âge adulte s'avère généralement associée à l'intensification des consommations de substances psychoactives (voir chapitre « Les consommations », p. 24) (Beck *et al.* 2015b). Contrairement aux adolescents, les jeunes adultes entre 18 et 25 ans peuvent se trouver dans différentes situations : étudiant (ils sont 45 % dans ce cas), nouvel arrivant dans le monde professionnel (37 %), ou en recherche d'emploi (18 %) (Beck *et al.* 2005a). Derrière ces différents statuts, les modes et les contextes de vie se révèlent souvent dissemblables, ces situations n'étant d'ailleurs pas toujours exclusives les unes des autres puisque certains étudiants peuvent avoir un emploi en parallèle. En outre, il s'agit d'une période de changement : si à 18 ans 77 % des jeunes sont encore scolarisés, ils ne sont plus que 11 % dans ce cas à 25 ans (DEPP 2015b). Dans un mouvement de vases communicants, la part des actifs (occupés ou chômeurs) progresse fortement au cours de cette période marquée par une importante autonomisation des individus, tandis que la part des scolarisés baisse. Cette dynamique socioprofessionnelle peut se traduire par des modifications dans les comportements de consommations.

Un clivage important suivant la situation

L'observation des niveaux de consommation selon le statut des jeunes adultes permet de mettre en exergue des différences importantes de niveaux de consommation, ce qui laisse supposer qu'une partie des modifications sont

liées aux changements de situation et de mode de vie. Entre les étudiants et les jeunes actifs du même âge, les contrastes les plus marqués en termes d'usage concernent le tabac. L'usage quotidien de ce produit est ainsi plus fréquent parmi les actifs, qu'ils soient chômeurs (46 %) ou occupés (43 %), que parmi les étudiants, dont un quart seulement fume quotidiennement (tableau 2).

Les jeunes actifs s'avèrent également plus souvent consommateurs réguliers d'alcool : 14 %, contre 9 % des étudiants. Ces derniers sont en revanche plus nombreux à déclarer une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des 30 derniers jours : 34 %, contre 32 % parmi ceux qui travaillent et 25 % chez les chômeurs.

Tableau 2 - Usages de substances psychoactives suivant le statut parmi les personnes de 18-25 ans (%)

		Ensemble n = 1 809	Actifs occupés n = 691	Étudiants n = 796	Chômeurs n = 283
Tabac	Expérimentation	79	84	75	78*
	Quotidien	37	43	25	46*
Alcool	Expérimentation	92	95	92	88*
	Régulier	12	14	9	14*
	AUDIT-C	2	3	1	2
API	Dans le mois	32	32	34	25*
Cannabis	Expérimentation	54	57	53	51
	Dans le mois	17	13	21	16*
	Régulier	8	7	9	10
	Usage problématique (risque de dépendance)	6	5	4	10*
Poppers	Expérimentation	12	13	12	11
Cocaïne	Expérimentation	7	8	6	10*
MDMA/ecstasy	Expérimentation	7	6	8	7
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	7	7	7	6
Héroïne	Expérimentation	1	2	1	< 0,5*

Source : Baromètre santé 2014 (INPES, exploitation OFDT)

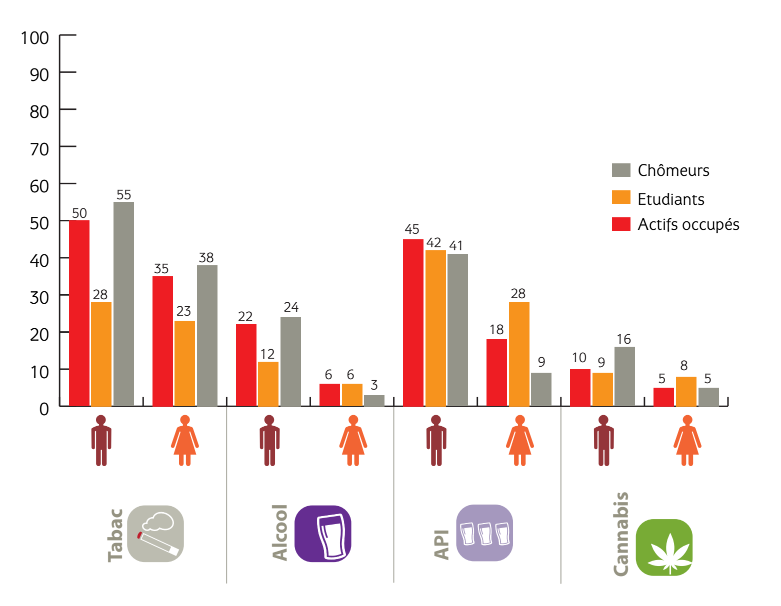
*Lecture : * indique une différence statistiquement significative entre les actifs occupés, étudiants et chômeurs (test de Chi2 de Pearson). 84 % des actifs occupés ont déjà fumé au cours de leur vie. Cette proportion est supérieure à celle du reste des jeunes de 18-25 ans. AUDIT-C : test de diagnostic des usages problématiques d'alcool.*

L'entrée dans la vie active semble ainsi marquer une modification majeure dans les comportements de consommation de boissons alcoolisées, avec un glissement des usages occasionnels intensifs vers une consommation plus régulière. Ce constat reflète aussi l'influence de l'origine économique : comparativement aux étudiants du même âge, les jeunes actifs de 18-25 ans sont issus des milieux globalement moins favorisés (Le Rhun *et al.* 2013). Or, à l'âge adulte, une moindre consommation régulière de tabac et d'alcool est observée chez les cadres et les professions intermédiaires, milieux sociaux les plus fréquents des familles d'étudiants.

En revanche, concernant le cannabis, le niveau d'usage actuel apparaît un peu plus élevé chez les étudiants : un sur trois déclare en avoir consommé au cours de l'année contre un actif sur quatre. L'usage régulier, quant à lui, s'avère comparable, quelle que soit la catégorie concernée. L'usage problématique de cannabis (voir chapitre « Les consommations », p. 24) se révèle pour sa part plus fréquent parmi les jeunes adultes au chômage, qui sont proportionnellement plus du double à présenter un risque de dépendance que parmi les étudiants (10 % *vs* 4 %) (Spilka *et al.* 2013). Enfin, l'expérimentation des autres drogues illicites apparaît similaire dans les trois groupes, à l'exception de l'expérimentation de la cocaïne, plus élevée parmi les chômeurs que pour les autres catégories (10 % *vs* 8 % parmi les actifs occupés et 6 % parmi les étudiants).



Figure 2 - Usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis et API dans le mois suivant le statut et le sexe parmi les 18-25 ans en 2014 (en %)



Source : Baromètre santé 2014 (INPES)

Des différences hommes/femmes moindres parmi les étudiants

Une nette surconsommation masculine en population jeune adulte est constatée pour l'ensemble des produits. Cependant, l'observation séparée des hommes et des femmes selon leur statut révèle quelques divergences (figure 2).

Parmi les hommes, les niveaux de consommation des étudiants apparaissent ainsi en retrait de ceux de leurs homologues actifs pour les usages de tabac et d'alcool, mais pas pour les niveaux d'usage de cannabis et d'API. Dans la population féminine, les étudiantes se démarquent de leurs homologues actives par des alcoolisations et des usages de cannabis plus marqués. Leur niveau de tabagisme, à l'instar de celui des étudiants, est en revanche moins élevé. Cette singularité de la population étudiante s'inscrit dans une tendance déjà observée en population adulte, qui veut que l'élévation du milieu socio-économique s'accompagne pour les femmes d'un rapport plus étroit aux produits, notamment l'alcool. Cela se traduit par une augmentation des fréquences de consommation (Beck *et al.* 2010). Autrement dit, les écarts entre les niveaux d'usage des femmes et des hommes ont tendance à diminuer avec l'élévation du niveau de diplôme. Ce constat s'applique aussi aux jeunes adultes : les niveaux de consommation des étudiantes sont plus proches de ceux des étudiants qu'ils ne le sont entre femmes et hommes de même âge mais actifs.

Consommations, pratiques et profils des jeunes dans l'espace festif

Agnès Cadet-Taïrou (à partir de données issues du réseau TREND)

Les consommations des jeunes sont essentiellement, comme celles de leurs aînés, liées à la convivialité et à la fête. Ainsi, la fréquence des sorties constitue l'un des premiers déterminants de l'intensité des consommations récréatives de produits psychotropes (Guillemont et Beck 2008). Cependant, il existe une grande diversité de lieux et de contextes récréatifs, lesquels n'offrent pas tous le même accès aux différents produits. Si les opportunités de rencontre avec les substances psychoactives varient considérablement des soirées étudiantes aux free parties underground, les risques vont surtout dépendre des pratiques de consommation des individus[1].

Les fêtes « urbaines », l'alcool au premier plan

La très grande majorité du jeune public fait la fête en buvant de l'alcool, parfois beaucoup (voir chapitre « Les consommations », p. 24), au cours de soirées étudiantes, en investissant les espaces urbains extérieurs, en fréquentant des bars où le prix des boissons leur sera accessible ou encore en soirées privées. Pour certains vient s'y ajouter le cannabis. Le principe est de faire la fête à moindre coût, éventuellement en apportant des boissons achetées dans le commerce, bières, vin, alcool fort et soft-drinks, le plus souvent consommés en mélanges, (Cadet-Taïrou et Dambélé 2014 ; Lancial et Lose 2013 ; Lazès-Charmetant et Delile 2014 ; Romain *et al.* 2013).

Dans ce cadre, les profils des jeunes rencontrés (lycéens, étudiants, jeunes salariés, jeunes en cours ou en recherche d'insertion professionnelle) sont très variés. Ils n'occupent pas nécessairement tous les mêmes espaces et ne se rencontrent pas forcément. Si une majorité d'entre eux ne visent pas la « défonce » mais la convivialité et la désinhibition que facilite l'alcool, les ivresses sont fréquemment au rendez-vous (Spilka *et al.* 2015d). Certains, notamment des adolescents, cherchent en outre à expérimenter d'autres modifications de l'état de conscience, en consommant l'alcool avec les produits psychotropes qui leur sont le plus accessibles, en particulier les médicaments (Milhet et Langlois 2016 ; Paitraud 2016) (voir article « Les usages détournés de médicaments », p. 74). Cependant, depuis le milieu de la décennie 2010, la MDMA, sous forme poudre, cristal ou comprimés (ecstasy), apparaît plus souvent présente dans ces contextes.

1. L'ensemble des données et des analyses sont issues essentiellement du réseau TREND de l'OFDT et de ses sites.

Les risques des usages en espace festif

La consommation de psychotropes dans le cadre festif est surtout récréative, c'est-à-dire qu'elle vise la recherche de plaisir ou de la performance festive, pourvu qu'elle n'entraîne pas ou peu de conséquences sur la santé ou sur les comportements, et reste modérée et maîtrisée.
Le risque commun à tous les espaces festifs fréquentés par les jeunes générations est celui de l'alcoolisation aiguë et rapide dont les effets peuvent être multipliés par les prises de cannabis, voire d'autre produits illicites : accidents, agressions, ivresses, malaises… ou plus rarement coma. Si ces pratiques deviennent trop régulières dans un contexte de vulnérabilité, les consommateurs s'exposent aux risques de l'alcoolisation chronique (voir chapitre « Vulnérabilité et conséquences sanitaires », p. 87).
Dans les espaces où circulent davantage de drogues illicites s'ajoutent les risques posés par ces substances, qu'elles soient fortement dosées (sans analyse, la part de produit actif dans une poudre ou un comprimé est inconnue), mal connues (nouveaux produits de synthèse – NPS), qu'elles contiennent un autre produit que celui qui a été annoncé, ou que leur effet soit plus tardif qu'attendu, amenant l'usager à réitérer les prises jusqu'à la surdose. Ces risques sont clairement majorés par l'ignorance et la non-application des mesures de réduction des risques[2], l'expérimentation opportuniste, le polyusage concomitant de plusieurs substances, en particulier s'il est aléatoire et non raisonné, l'absence de repos, mais aussi par des pratiques telles que la recherche d'une défonce rapide dont le premier ingrédient est le plus souvent l'alcool. Les différents états provoqués par la prise de substance sont aussi parfois propices aux violences ou, à l'inverse, à une vulnérabilité (vols, agressions sexuelles). Par ailleurs, en particulier pour les événements organisés en zone rurale, l'accès aux lieux de la fête et surtout le retour au domicile peuvent poser problème, souvent en raison de l'utilisation d'un véhicule ou de longues marches au bord des routes. En effet, les piétons sont également vulnérables, comme en témoignent les cas de noyades en zone urbaine (Bordeaux, Lille). Enfin, des usages initiés en milieux festifs deviennent plus réguliers chez certains, jusqu'à devenir quotidiens. La prise de conscience de l'installation d'une dépendance peut être retardée par le fait que l'usage semble parfois demeurer dans une sphère conviviale, alors que les occasions de consommer en groupes deviennent de plus en plus fréquentes.

2. Ne pas consommer si l'on n'est pas en forme, commencer par de petites doses, s'hydrater abondamment, se restaurer, ne pas mélanger les substances (cannabis, alcool, stimulants…), etc.

Les espaces festifs « commerciaux » : alcool, cannabis, stimulants

Les espaces festifs commerciaux sont appelés ainsi, en opposition aux espaces dits « alternatifs » (voir ci-après). Ils regroupent les discothèques, clubs et bars et les événements musicaux électro à visée purement commerciale. Le public de ces discothèques généralistes ou de celles qualifiées d'« électro-commerciales » (car elles jouent de la musique électro destinée à plaire au plus grand

nombre) comprend majoritairement des jeunes de 18 à 25 ans, sans appartenance culturelle spécifique ou visible, au-delà de l'attention portée à leurs tenues pour être à la mode selon la tendance qu'ils suivent. Il est composé d'étudiants, de jeunes actifs, quelquefois de jeunes de quartiers populaires ou encore quelques lycéens[3] (Lancial *et al.* 2013 ; Reynaud-Maurupt *et al.* 2007 ; Romain *et al.* 2013 ; Sudérie et Albisson 2014 ; Zurbach 2014 ; Zurbach 2015). Certains fréquentent également les bars qui présentent, pour eux, l'avantage lié à l'absence de coût d'entrée. Cependant, les 18-25 ans sont moins nombreux en clubs ou dans les bars aux programmations musicales plus pointues, ceux-ci étant plus habituellement fréquentés par des actifs plus âgés et financièrement plus à l'aise.

La consommation de base reste l'alcool, que certains « absorbent » avant de venir ou retournent boire sur les parkings[4]. Outre ce produit, toujours disponible, et le cannabis, d'autres substances circulent, et ce d'autant plus que l'on se rapproche d'une programmation musicale moins consensuelle et davantage « électro ». Il s'agit essentiellement de produits stimulants tels que la cocaïne. C'est cependant surtout la MDMA/ecstasy, que privilégient les 18-25 ans : plus que son caractère stimulant, c'est son effet empathogène (c'est-à-dire favorisant les contacts) qui est alors plébiscité. Moins largement, y circulent des nouveaux produits de synthèse (NPS) appelés aussi *Research Chemicals* (RC) ou *legal high*, molécules diverses portant des noms chimiques tels que 4-MMC ou éthylphénidate, partagées ou vendues sous des noms fantaisistes ou encore présentées comme des produits classiques. Ces substances sont consommées en parachute[5], avalées simplement, diluées dans un verre ou sniffées (cocaïne).

Les espaces festifs « électro–alternatifs » : des usages plus spécifiques

Issu du mouvement contre-culturel techno qui s'est propagé sur le territoire européen dans les années 1990, l'espace festif alternatif occupe une place centrale dans la diffusion de certaines consommations. L'espace emblématique de la fête alternative techno reste les free parties (ou teufs). Organisés sans autorisation[6], autour de divers styles de musique électro, ces événements underground, qui rassemblent de 200 à 1 500 personnes, le plus souvent en milieu rural, peuvent prendre une multitude de formes. Gratuits ou avec une libre participation aux frais, ils suscitent toujours l'engouement des jeunes générations. Les raves, étiquetées multisons quand elles réunissent plusieurs sound systems[7], régulièrement organisées en intérieur, sont payantes et se soumettent aux contraintes légales[8]. Elles constituent une version plus organisée des fêtes techno, moins libertaires et parfois plus proches des festivals de musique dont les « zones off » représentent la part alter-

3. Étude quanti-festif de 2011.

4. À tel point que certains méga-dancings belges proches de la frontière française et fréquentés par des Français autorisent l'apport de bouteilles pour éviter les allées et venues sur les parkings.

5. La poudre ou les cristaux sont enveloppés dans du papier pour cigarette à rouler puis « gobés ».

6. Obligatoire à partir de 500 personnes selon les articles L 211-5 à L 211-8 et *L. 211-15, R 211-2 à R 211-9* et *R 211-27 à R 211-30 du code de la sécurité intérieure.*

7. Système de sonorisation transportable permettant de diffuser la musique. Par glissement de sens, un sound system désigne un collectif d'organisateurs de free parties.

8. Un multison non déclaré devenant, de fait, une free.

native. Enfin, les teknivals sont des festivals électro qui réunissent plusieurs dizaines de milliers de personnes. La proportion de 18-25 ans ou même de mineurs dans ces fêtes dépend de nombreux facteurs, notamment de leur accessibilité pratique, de la musique ou des sound systems programmés et, surtout, de l'étendue de la publicité qui en aura été faite par les réseaux sociaux. Cette diffusion de l'information favorise la venue d'un large public de jeunes fêtards, éloignés des valeurs originelles des fondateurs du mouvement[9] (Lancial *et al.* 2013 ; Pavic et Girard 2014 ; Pfau et Pequart 2015 ; Reynaud-Maurupt *et al.* 2007 ; Schléret *et al.* 2014 ; Sudérie *et al.* 2010 ; Sudérie *et al.* 2014 ; Zurbach 2014 ; Zurbach 2015).

Il circule dans ces fêtes une variété de substances sans équivalent ailleurs : alcool, cannabis, MDMA/ecstasy et amphétamines (speed) en premier lieu, mais également cocaïne et, ce qui peut pratiquement apparaître comme un marqueur de la scène alternative, des hallucinogènes tels que le LSD, les champignons et la kétamine, ou encore des NPS affichant ces effets. Les substances opiacées, comme l'héroïne ou les médicaments de substitution, restent peu visibles dans ces espaces, même quand elles y sont présentes, du fait de leur image encore liée, dans ces contextes, à l'usage problématique et à l'injection. Ces derniers produits sont d'autant plus présents qu'une communication large par les réseaux sociaux a attiré sur les lieux des dealers étrangers à la fête, repérables à un style vestimentaire plus caractéristique des quartiers dits « sensibles » (Pavic *et al.*, à paraître). L'héroïne peut cependant circuler sous le terme euphémisant de « rabla » dont les fêtards peu familiers du champ des drogues ignorent le contenu.

Chez les amateurs de substances autres que l'alcool et le cannabis, le polyusage est la règle, et l'injection a priori bannie ou plus exactement cachée par ceux, minoritaires, qui la pratiquent. Si la voie orale et le snif restent populaires, la « chasse au dragon »[10] y est particulièrement utilisée. Cependant, à la faveur d'une diversification croissante du public de ces fêtes, la manière de consommer les produits revêt des formes totalement différentes selon les types d'usagers, conduisant à des prises de risques diverses. De façon schématique, plusieurs profils types peuvent ainsi être esquissés.

Les jeunes teuffeurs ou « néo-authentiques »

Au cours de la décennie 2010, est apparue une relève dynamique aux « fondateurs » du mouvement (Cadet-Taïrou *et al.* 2010 ; Lazès-Charmetant *et al.* à paraître ; Schléret *et al.* 2014 ; Sudérie 2009). À peine majeurs, certains s'engagent dans l'organisation de free, créent des sound systems ou simplement participent. Si leurs codes vestimentaires se sont adoucis et diversifiés (le kaki n'est plus de rigueur), cette jeune génération incarne toutefois les valeurs de liberté, de gratuité, d'investissement dans l'organisation, de convivialité et de solidarité, véhiculées

9. Étude quanti-festif de 2011.

10. La chasse au dragon consiste à inhaler les vapeurs produites par le chauffage à l'aide d'un briquet de la substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires, extrêmement perméables aux gaz, et non au niveau de la muqueuse nasale comme le snif, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

par le mouvement techno des années 1990. Les jeunes teuffeurs se recrutent chez les lycéens et les étudiants mais surtout parmi les apprentis, jeunes salariés ou jeunes chômeurs. Les jeunes cadres y semblent proportionnellement moins nombreux (Cadet-Taïrou *et al.* 2010 ; Pfau et Pequart 2014 ; Schléret *et al.* 2014 ; Sudérie *et al.* 2014). Ils viennent en fin de semaine faire la fête, conçue comme indissociable de l'usage de drogues, sans s'engager dans un mode de vie radicalement alternatif. Les substances sont choisies pour favoriser la convivialité et l'endurance, mais aussi, pour les proches du psychonautisme[11] (voir article « Les e-psychonautes », p. 70), pour explorer des états de conscience, de perception du monde et de soi-même, différents. Il s'agit des hallucinogènes psychédéliques[12] comme le LSD, ou des substances dissociatives[13], telles que la kétamine par exemple. Les consommations, comme la fête, peuvent se dérouler sur plusieurs jours, d'autres substances, comme les opiacés, venant moduler, relancer ou adoucir les effets des précédentes. Au-delà des risques aigus liés aux produits, une frange de ces teuffeurs va se trouver dépassée par ses consommations et rentrer dans des consommations plus inscrites dans le quotidien.

Les « consommateurs d'espace festif »[14]

Ils ont entre 17 et 30 ans et ne s'identifient pas vraiment au mouvement techno. Ils fréquentent les fêtes alternatives de manière occasionnelle, comme d'autres espaces festifs, attirés pour certains par leur caractère transgressif, pour d'autres par la disponibilité des produits. Ils y expérimentent des substances, par curiosité ou hédonisme, soucieux cependant de garder la maîtrise de ces consommations et s'aventurant peu du côté des hallucinogènes. Cependant, le contrôle au sein du groupe n'empêche pas toujours les excès, favorisés par une faible connaissance des produits et des principes de réduction des risques (RdRD), ce qui les amène, par exemple, à essayer des produits alors même qu'ils sont déjà ivres. Ils sont souvent peu appréciés des puristes qui leur reprochent leur ignorance des codes de conduite en phase avec la culture techno, tels que le nettoyage des lieux par exemple. En marge de ce public, certains usagers en difficulté sociale et souvent dépendants de l'héroïne, après des parcours variés, fréquentent ces fêtes spécifiquement pour l'accès aux produits qu'elles permettent.

Les publics « problématiques »

Comme les personnes liées au profil précédent, ceux-ci sont extérieurs au mouvement techno dont ils ne connaissent ni les codes de conduite, ni la culture visant à limiter les risques. Leur caractère « problématique » relève avant tout de leurs prises de risques. Loin d'être exclusifs les uns des autres, les ensembles décrits ci-dessous correspondent davantage à des caractéristiques que certains usagers peuvent cumuler.

11. Le psychonautisme consiste à explorer des états de conscience modifiés de manière quasi scientifique.

12. Se réfère à la distorsion des perceptions pouvant aller jusqu'aux hallucinations, éventuellement accompagnées d'idées délirantes et d'une perception singulière de soi-même et du monde, induits par la prise de certaines substances hallucinogènes.

13. Sentiment de dissociation entre le ressenti corporel et l'esprit.

14. Terme tiré des rapports des sites TREND de Rennes (Pavic et al. à paraître) et de Marseille (Zurbach 2014).

Les « têtes brûlées »[15]

Cette catégorie d'usagers de 18 à 25 ans environ (Cadet-Taïrou *et al.* 2015a ; Lahaie *et al.* 2013) (mais certains peuvent être plus jeunes) est avant tout à la recherche de la « défonce ». Observés en espace commercial comme en espace alternatif, ils sont là pour l'usage de produits. Peu avertis et peu intéressés par ce qu'ils prennent, ils ne connaissent ni ne respectent les précautions de base et ne se fixent aucune limite. Les produits sont consommés de manière opportuniste et les mélanges sont le plus souvent aléatoires. L'apparition d'usagers de fortes doses de kétamine conduisant directement au coma ont ainsi marqué les débuts de la décennie 2010 (Cadet-Taïrou *et al.* 2013). L'absence de solidarité au sein des groupes constitue une caractéristique marquante aux yeux des teuffeurs : l'usager subissant un malaise, un bad trip ou tout autre problème sanitaire peut ainsi se retrouver sans soutien.

Les « petits jeunes »[16]

Mineurs pour la plupart (13-20 ans), ils sont parfois particulièrement présents dans certaines fêtes faciles d'accès (Pfau *et al.* 2014 ; Schléret *et al.* 2014). S'identifiant à une communauté fantasmée, celle des teuffeurs, ils en adoptent les attributs extérieurs, lesquels intègrent pleinement la consommation de drogues, conçue comme un rite initiatique. Il est difficile actuellement de confirmer quantitativement les discours sur le rajeunissement des publics tenus par les observateurs ou les participants à ces fêtes, qui peuvent aussi reposer sur une perception commune chez les « anciens jeunes ». C'est surtout le fait qu'ils ne soient pas accompagnés par des adultes plus âgés, capables de les « éduquer », de les protéger et d'assurer une responsabilité légale qui pose réellement problème, en particulier aux organisateurs (Schléret *et al.* 2014).

Les jeunes en errance

Décrits comme « satellites »[17] de ces fêtes (Cadet-Taïrou *et al.* 2010 ; Costes 2010 ; Sudérie 2009), ils tentent d'imiter le mode de vie des *travellers*, migrant de région en région au fil des événements festifs. Contrairement aux profils précédents, ils vivent dans une profonde désinsertion sociale. Leurs prises de risque sont extrêmes (polyusage intense, injection, partage du matériel) et vont bien au-delà des usages de drogues, les plaçant plus certainement parmi les usagers « problématiques » que parmi les « récréatifs » (voir chapitre suivant, p. 65).

15. Terme tiré du rapport du site TREND de Lille (Lancial et al. à paraître).

16. Terme emprunté au rapport du site TREND de Paris (Pfau et al. 2014).

17. Terme tiré du rapport de site TREND de Toulouse (Sudérie 2009).

Usages problématiques de drogues et vulnérabilité sociale

Agnès Cadet-Taïrou et l'ensemble du réseau d'observation TREND[1]

Si les usages de drogues restent récréatifs pour une majorité d'adolescents et de jeunes adultes, ceux-ci finissent parfois par s'avérer problématiques (voir chapitre « Facteurs de risques, facteurs de protection », p. 83). Ces consommations problématiques peuvent induire ou accompagner un parcours scolaire difficile, handicapant l'insertion professionnelle, sans pour autant se doubler de la perte des capacités et des liens sociaux habituels, familiaux ou amicaux. Dans d'autres cas, les usages de drogues s'insèrent dans un contexte de grandes difficultés psychiques et sociales, aggravant un parcours marqué par une suite de ruptures familiales et sociales (Bello *et al.* 2005 ; Chobeaux et Aubertin 2013 ; Rahis *et al.* 2010) conduisant les jeunes à la désaffiliation[2] progressive (Castel 1998) et à l'errance.

La fragilité sociale des jeunes usagers

Les jeunes usagers de drogues en situation de précarité se distinguent de leurs aînés par leur grande vulnérabilité sociale. Les données recueillies dans le cadre de l'enquête ENa-CAARUD, réalisée dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) en 2012, permettent d'objectiver cette situation. Les 18-25 ans representent14 % du public des CAARUD et seuls 0,5 % des usagers se déclarent mineurs. La faible présence de ces derniers ne traduit pas une absence de besoin, mais le fait que ce type de structures n'est pas toujours en mesure de les accueillir, les laissant davantage démunis. Même si ces jeunes usagers de drogues en situation de vulnérabilité sociale sont souvent réticents à fréquenter les CAARUD, comme toute institution en général, une partie d'entre eux vient cependant y chercher, plus ou moins régulièrement, des outils de consommation et, plus globalement, un soutien matériel. La présence des jeunes femmes (34 %) est deux fois plus importante chez les moins de 26 ans que chez les plus âgés et d'autant plus forte que les usagers sont plus jeunes. Près de six sur dix d'entre elles vivent en couple, contre moins d'un quart des jeunes hommes.

Selon un indicateur composite tenant compte des conditions de logement, de revenus et de la couverture sociale, 47 % des 18-25 ans fréquentant les CAARUD sont considérés comme « fortement » précaires, contre 31 % des plus de 25 ans (tableau 1) Près de 60 % ne disposent pas d'un hébergement stable, dont 33 % sont sans abri ou vivent en squat au moment de l'enquête, les autres étant hébergés temporairement par une institution[3], des amis ou des proches. Plus de six sur dix ne disposent d'aucune ressource légale, ne bénéficiant ni des minima

1. Données TREND : ensemble des données qualitatives issues du réseau des sept sites TREND entre 1999 et 2014. Tous les rapports ne sont pas cités dans la bibliographie.

2. Concept qui désigne pour Robert Castel « le mode particulier de dissociation du lien social, la rupture du lien sociétal ».

3. L'enquête ENa-CAARUD 2012 s'est déroulée en hiver, période pendant laquelle des solutions d'hébergement d'urgence sont mises en œuvre pour les personnes sans abri.

sociaux, notamment les plus jeunes, ni de soutiens familiaux. En outre, 11 % ne sont pas couverts par l'Assurance-maladie et 6 % ignorent s'ils le sont. Plus de un sur dix également n'a pas ou plus de papiers d'identité en règle, dont presque la moitié est en situation irrégulière.

Si, globalement, la part de ceux qui utilisent l'injection est identique à celle des plus âgés, les prises de risque sont en revanche plus fréquentes : un tiers d'entre eux a partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du dernier mois, alors que ce n'est le cas que pour un usager de plus de 25 ans sur cinq. Leur degré de polyusage, mesuré par le nombre de produits différents consommés au cours du dernier mois, n'apparaît que faiblement supérieur à celui des plus âgés, mais cache en fait de fortes disparités.

Différents profils d'usagers

Ces jeunes usagers ne forment pas, en réalité, un groupe homogène. La confrontation des données qualitatives (issues du dispositif TREND) et quantitatives (issues de l'enquête ENa-CAARUD) amène à distinguer plusieurs profils types qui, en dépit de leur caractère nécessairement réducteur, permettent de mieux appréhender les différentes situations.

Les « alternatifs » : entre routards et jeunes errants

Les plus visibles sont certainement les jeunes dont le profil d'usage peut être qualifié « d'alternatif », dans la mesure où il associe aux opiacés tous les produits emblématiques de la sphère techno alternative (free parties, zone off des festivals…) (voir chapitre précédent p. 59). Présents dans toutes les régions françaises, en fonction de leurs déplacements, ils le sont particulièrement dans les zones ouest et sud-ouest de la France. Parmi les usagers répondant à ce profil et repérés dans les CAARUD, au moins six sur dix sont des jeunes en errance : près de 60 % d'entre eux n'ont pas de ressources légales et 18 % vivent de prestations sociales (Cadet-Taïrou *et al.* 2015b). La revente de produits constitue dans de nombreux cas une de leurs sources de revenus (Chobeaux *et al.* 2013).

Mineurs ou récemment majeurs, ils quittent le domicile familial, lieu de conflit avec les parents ou beau(x)-parent(s), ou une institution de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et se retrouvent alors « en errance » (Firdion *et al.* 1999 ; Rahis *et al.* 2010). Ils adoptent fréquemment les codes de la contre-culture des travellers (ou routards), figures mythiques de la liberté, auprès de qui certains cherchent une nouvelle affiliation. Ces derniers, nomades généralement plus âgés, revendiquent et assument un projet de vie alternatif : vie en communauté, déplacement au gré des rassemblements festifs ou, plus récemment, contestataires (ZAD), « transhumances » saisonnières… qu'ils financent par des activités artisanales, des emplois saisonniers et/ou le bénéfice des minima sociaux.

Ces deux populations ne sont pas étanches mais liées par un continuum de situations (Bello *et al.* 2005 ; Rahis *et al.* 2010). Le parcours des jeunes en errance, bien que fondé sur ce fantasme de liberté (Chobeaux *et al.* 2013 ; Pavic *et al.* à paraître), est toutefois surtout construit à court terme ou plus souvent

subi. Leurs déplacements finissent par être avant tout guidés par le besoin de survie et parfois par la disponibilité des produits (Bello *et al.* 2005 ; Rahis *et al.* 2010). À la perte ou à l'absence de liens sociaux durables et à leur vulnérabilité psychologique s'ajoutent les dommages liés à la précarité souvent extrême de leur conditions de vie, l'impossibilité d'envisager un avenir et une méfiance à l'égard des institutions et des structures de soins, qui rend difficile l'élaboration d'une prise en charge ou même l'instauration d'un lien durable.

Tableau 1 - Caractéristiques des usagers de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD et différents profils repérés

			Profils		
	25 ans et moins	Plus de 25 ans	Alternatifs	Errance urbaine	Nouveaux usagers d'héroïne
Effectif	*415*	*2 486*	*151*	*174*	*64*
Précarité					
Niveau général de précarité faible	16 %	25 %**	14 %	4 %	50 %
Revenus d'emploi et prestations	20 %	16 %*	23 %	8 %	43 %
Niveau général de précarité fort	47 %	31 %**	44 %	70 %	0 %
Hébergement provisoire	24 %	19 %*	19 %	34 %	11 %
Sans abri, en squat ou alternatif	33 %	27 %*	42 %	35 %	5 %
Sans ressources (manche) ou deal, prostitution	61 %	21 %**	59 %	79 %	35 %
Profils de consommation au cours du mois précédent					
Alcool tous les jours	28 %	35 %**	39 %	22 %	18 %
Cannabis tous les jours	47 %	36 %**	64 %	38 %	35 %
Pas de drogues illicites (sauf cannabis)	17 %	14 %	0 %	40 %	0 %
Au moins un opiacé/opioïde	69 %	73 %	87 %	37 %	97 %
dont héroïne	38 %	30 %**	58 %	13 %	47 %
Au moins un stimulant	52 %	50 %	91 %	21 %	41 %
dont cocaïne ou crack	*42 %*	*45 %*	*66 %*	*19 %*	*39 %*
dont amphétamines et/ou ecstasy	*30 %*	*16 %***	*77 %*	*3 %*	*3 %*
Hallucinogènes (LSD, champignons, etc.)	25 %	14 %**	67 %	1 %	0 %
Injection au cours du mois	46 %	47 %	64 %	17 %	67 %
Partage d'au moins une pièce du matériel	32 %	21 %**	38 %	12 %	32 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

*Lecture : * : différence entre les 25 ans et moins et les plus de 25 ans statistiquement significative avec $p < 0,05$ (Chi2 de Pearson) ; ** avec $p < 0,01$.*
16 % des 25 ans et moins et 25 % des plus de 25 ans sont considérés comme présentant un niveau de précarité faible. La part des 25 ans et moins considérés comme « faiblement précaires » est inférieure à celle des plus de 25 ans dans la même situation.

Ces « jeunes en errance » sont, au cours des quinze dernières années, devenus particulièrement visibles dans les villes et dans les structures de premier recours, par leur look alternatif, en particulier avec l'adoption de l'image archétypale du « punk à chien », mais surtout par des comportements d'usage radicaux associant un polyusage opportuniste à des prises de risques très importantes (injection et partage du matériel, consommation concomitante de multiples produits, notamment en teuf…). Leurs consommations mêlent les substances et les pratiques issues de leur acculturation à l'espace festif alternatif (stimulants synthétiques, hallucinogènes, snif, chasse au dragon et usage de cocaïne basée) à ceux propres aux usagers urbains les plus précaires (injection, usage de médicaments, héroïne si possible) (Cadet-Taïrou *et al.* 2015b).

Si beaucoup souffrent de conditions de santé dégradées, dont ils se préoccupent peu le plus souvent (malnutrition, conditions d'hygiène insuffisantes, pathologies non traitées, etc.), les jeunes filles, surreprésentées dans ce groupe (environ 40 %), se distinguent par des problématiques spécifiques, en particulier des grossesses non suivies et un accès aux soins plus difficile (Rahis *et al.* 2010).

Les jeunes « à la rue », des consommations moins systématiques

Pour d'autres jeunes usagers, particulièrement présents dans les CAARUD de la partie nord de la France et en Île-de-France, notamment à Paris, la vulnérabilité sociale apparaît clairement au premier plan : 70 % connaissent une situation de très forte précarité, vivant à la rue, en squat, ou disposant d'une solution de logement d'urgence. Une part de ceux déclarant un logement stable vit en foyer. Près de 80 % d'entre eux subsistent principalement grâce à la mendicité, mais aussi par des activités délinquantes (vols surtout, insertion dans le trafic, deal) associées à un recours plus ou moins régulier à la prostitution (Lancial et Lose 2014 ; Schléret *et al.* 2014). Comme le groupe précédent, avec qui ils partagent causes et conséquences de l'errance, il s'agit majoritairement de mineurs ou de jeunes adultes chassés de chez eux ou en fugue (en particulier à Paris), de jeunes en foyer de l'ASE en voie de désaffiliation après des parcours délétères (Reynaud-Maurupt *et al.* 2009). Quelques-uns, essentiellement des hommes, sont de jeunes migrants, parfois mineurs, en situation irrégulière. Leurs errances restent relativement localisées.

Les consommations sont essentiellement centrées sur l'alcool et le cannabis, que 40 % d'entre eux désignent comme les seules substances consommées au cours du dernier mois (Cadet-Taïrou *et al.* 2015b). S'ils déclarent rarement en prendre quotidiennement, l'alcool peut en revanche être consommé en grande quantité. Pour les autres, les consommations additionnelles se limitent le plus souvent à un seul, voire deux autres produits illicites dans le mois, la cocaïne en majorité ou un opiacé (héroïne en tête et médicaments de substitution), rarement une substance issue de la sphère festive. Les prises de risques liées aux usages de drogues sont moindres que pour le groupe précédent, mais celles relatives aux pratiques sexuelles, notamment dans le cadre de la prostitution, sont relativement fréquentes (Reynaud-Maurupt *et al.* 2009). Un quart des jeunes femmes de ce groupe sont mères.

Les jeunes « accro » à l'héroïne, nouveaux usagers et « quart-monde » rural

Enfin, un dernier profil de jeunes, particulièrement présent dans les parties nord et est de la France, occupe une place plus marginale parmi le public des CAARUD ; il s'agit de personnes en moyenne légèrement plus âgées (23 ans) et apparemment moins vulnérables sur le plan social par rapport aux deux précédents groupes, au regard des conditions de logement, de couverture sociale et de ressources. Leur consommation relève essentiellement des opiacés : les médicaments de substitution, que 80 % environ reçoivent en traitement, mais aussi l'héroïne, consommée par presque la moitié d'entre eux au cours du mois précédent. Quatre sur dix ont aussi utilisé de la cocaïne, mais leur degré de polyusage est presque deux fois moindre que celui des jeunes relevant du profil « alternatif » (environ 4 substances différentes dans le mois contre 7).

Leurs consommations de stimulants synthétiques et surtout d'hallucinogènes sont exceptionnelles. Une large majorité d'entre eux est composée d'injecteurs. Le niveau de partage du matériel est élevé, ce qui témoigne d'un faible accès à la réduction des risques et des dommages (RdRD). Sur le plan qualitatif, ces usagers s'insèrent dans deux contextes différents. Certains, qualifiés de « nouveaux » usagers d'héroïne (Cadet-Taïrou *et al.* 2010 ; Reynaud-Maurupt et Verchère 2003), sont devenus plus visibles au milieu des années 2000, à la faveur d'un relatif « retour de l'héroïne », d'une dédramatisation progressive de son image parmi les nouvelles générations (Cadet-Taïrou *et al.* 2008 ; Gandilhon *et al.* 2010a) et de la montée en puissance du micro-trafic (Gandilhon et Hoareau 2010b). Habituellement éloignés des structures destinées aux toxicomanes, certains de ces très jeunes adultes, devenus dépendants par « mégarde » (croyant être protégés par un usage récréatif, en snif et non quotidien), sont amenés au final à injecter l'héroïne pour en rentabiliser les doses[4].

D'autres usagers relèvent d'une précarité sociale rurale apparue à la suite de la désindustrialisation ou d'un « quart-monde » enraciné en campagne, particulièrement décrit en Lorraine (Gandilhon et Cadet-Taïrou 2015 ; Schléret et Monzel 2011). Si, pour les usagers de l'espace urbain, la différence majeure avec les héroïnomanes des années 1980 et 1990 se situe dans l'accès aux traitements de substitution et à la RdRD mis en œuvre au cours des années 1990, la situation est plus problématique concernant les publics ruraux (voir chapitre « Urbanisation des territoires et disparités sociales », p. 155).

4. L'effet obtenu par injection du produit est beaucoup plus fort, à dose équivalente, que celui obtenu en snif.

Les e-psychonautes, des usagers sous influence numérique

Magali Martinez

L'expression « e-psychonaute » (Orsolini *et al.* 2015) désigne des personnes qui ont un rapport indissociable à la fois aux drogues et à Internet. Elles ont un usage des produits qui les rapprochent du psychédélisme[1] tandis qu'Internet, via les forums de discussion, est un élément important de leur vie sociale : l'intégration à la communauté numérique pouvant devenir un support à des rencontres réelles. Les e-psychonautes ont été identifiés au cours des années 2000-2010, alors que les nouveaux produits de synthèse (NPS) commençaient à peine à être connus du grand public (Lahaie et Cadet-Taïrou 2010).

Il s'agit souvent de jeunes adultes, ayant de moins de 18 ans à 30 ans, qui recherchent spécifiquement ces produits. Ils en sont considérés comme des usagers expérimentés.

Dans le cadre du projet I-TREND[2] (voir Repères méthodologiques), une enquête en ligne auprès des consommateurs de NPS (Cadet-Taïrou 2016) et une observation non participative sur des forums de discussions ont permis de rassembler des éléments quantitatifs et qualitatifs pour les décrire. Les résultats quantitatifs recoupent en partie ceux obtenus en population générale grâce à l'enquête ESCAPAD (voir Repères méthodologiques), bien que ne portant que sur les expérimentateurs de cannabis synthétique (Beck *et al.* 2015b). Par ailleurs, sur un plan plus qualitatif, les observations sont identiques à celles obtenues par des études sur les e-psychonautes anglo-saxons ou de pays nordiques (Chiauzzi *et al.* 2013 ; Orsolini *et al.* 2015 ; Van Amsterdam *et al.* 2015).

Jeunes polyconsommateurs, insérés et urbains

La difficulté à décrire ces usagers tient au fait qu'on peine à leur trouver des points communs hormis leurs consommations. Il s'agit le plus souvent d'usagers dits « cachés », dans la mesure où ils sont peu visibles via les structures spécialisées de prise en charge. L'e-psychonaute francophone est le plus souvent un homme de moins de 27 ans, vivant dans une ville de plus de 500 000 habitants, ayant atteint le niveau baccalauréat et affichant une situation socio-économique stable (ressources et logement personnel). Sa situation professionnelle n'est en revanche pas caractérisée par un statut en particulier (chômeur, étudiant, apprenti ou actif). Dans plus de neuf cas sur dix, il s'agit aussi d'un consommateur d'autres produits psychoactifs en plus des NPS.

Ces personnes appartenant majoritairement à la génération dite « Y » (âge moyen = 28 ans) (Beck *et al.* 2015b ; Cadet-Taïrou 2016), née entre le début des années 1980 et la fin des années 1990, ont grandi avec le développement d'Internet et la diffusion de la MDMA. Leurs premières expérimentations durant les années 2000-2010 ont pu les amener à accéder à ce produit sous forme de comprimés

1. Courant contre-culturel des années 1960. L'usage de produits psychoactifs était considéré comme un moyen de découverte et d'apprentissage de soi-même. Le terme psychonautisme est plus large et inclut tout moyen permettant de modifier les sens (plantes, technique corporelle).

2. Programme financé avec le soutien de la Commission européenne, NUMBER-JUST/2012/DPIP/AG/3641.

d'ecstasy. Leurs modes de consommation à cette période sont identiques à ceux principalement déclarés aujourd'hui, comme l'ingestion (48 %) ou la voie nasale (dite « snif », 39 %).

Motivations

Si leurs motivations à l'usage sont proches de celles le plus souvent déclarées pour la consommation de drogues illicites (modifications sensorielles, « défonce », sociabilité…) (voir chapitre « Motivations », p. 78), la curiosité et l'envie d'expérimenter des effets sont, en lien avec le psychonautisme, les raisons qui dominent (82 % des répondants à l'enquête I-TREND).

L'analyse qualitative des messages en ligne indique aussi que l'objectif ultime d'un e-psychonaute est de trouver les produits qui permettent des effets sans que ceux-ci ne se remarquent en société (pupille, élocution, motricité), qui génèrent peu de tolérance et de comportements compulsifs. L'idéal recherché est l'obtention d'un état cognitif modifié, sans créer un état de dépendance. L'ancrage culturel dans le psychonautisme influence également le choix des produits consommés et, plus généralement, la logique de consommation. L'analyse quantitative de l'activité sur les forums montre que, par rapport à d'autres groupes aussi en recherche active de NPS, tels que des slammeurs[3] ou bien d'anciens ou actuels consommateurs d'opiacés, les e-psychonautes essayent et consomment une diversité plus importante de substances, avec notamment une préférence pour les produits dits dissociatifs, hallucinogènes et/ou empathogènes.

Communauté virtuelle sans revendication de groupe

L'approche e-psychonautique se veut scientifique et critique, vis-à-vis des drogues mais aussi de l'information en général. Le développement des compétences et des connaissances est double, concernant tant les drogues que la culture numérique. Le côté ultra-connecté des e-psychonautes fait référence aux premières heures du numérique, avec l'exigence d'un accès libre et gratuit aux savoirs, à la pratique du débat et l'individualité des choix (Power 2013 ; Turner 2006).

Les forums les plus proches de l'e-psychonautisme demandent à leurs membres de faire la distinction dans leurs écrits entre des avis fondés sur des expériences personnelles ou sur des informations obtenues par ailleurs. Dans ce cas, les participants doivent citer leurs sources et, autant que possible, insérer les liens ou les documents qui en prouvent l'origine. L'adhésion des jeunes à cette rigueur est paradoxalement d'autant plus forte que les plus impliqués n'ont pas nécessairement suivi d'études supérieures ou bien n'en ont validé que les toutes premières années, démontrant par là une capacité d'investissement et d'apprentissage différente de celle reflétée par leur parcours scolaire. Le fait de devoir se plier à ces règles induit chez les utilisateurs des forums une dynamique qui peut être positive ou négative. Positive, car la participation au groupe suscite le développement de compétences individuelles. Les personnes doivent se former à des disciplines parfois éloignées de leur parcours scolaire initial, à des techniques de recherche de l'information, et au débat d'idées (argumentation, clarté…). Cette dynamique recèle cependant une dimension d'exclusion, car l'accessibilité au forum est difficile pour les personnes qui ont peu de compétences en lecture et écriture, ou bien qui ne souhaitent pas y consacrer du temps et de l'attention (Granjon 2009).

Être membre actif sur un forum implique

3. Le slam désigne l'usage de produits psychoactifs, par injection, en contexte sexuel (Pfau et Péquart 2010).

d'être présent sur Internet, à raison d'un nombre important d'heures par jour. Ceci est d'autant plus vrai pour les jeunes qui modèrent bénévolement le forum. Ils doivent être quotidiennement présents sur celui-ci, savoir apporter des réponses aux questions des utilisateurs, faire preuve de discernement et de tact pour gérer les échanges écrits entre les membres. La manière dont ils veillent au respect des règles et à l'animation du forum influe sur l'identité de celui-ci.

Les forums représentent en effet un lieu d'échange et de sociabilité très important, support de rencontres dans la vie réelle. En 2013, les thématiques autres que les drogues pouvaient occuper jusqu'à deux tiers des forums étudiés (discussions sur l'actualité, documentaires en ligne, musiques, art, jeux ou conversations sans objectif particulier…). Les événements musicaux, notamment, sont prétexte à découvrir et à rencontrer physiquement les autres membres. Si certains jeunes semblent se connaître antérieurement au forum, d'autres indiquent que leur entourage amical n'est pas au courant de leur consommation de NPS. Le forum joue alors un rôle de « reconnaissance », un espace au sein duquel les jeunes parlent d'eux-mêmes de façon intime. Les membres sont considérés comme un entourage de pairs et les participants attendent une réaction positive, du moins bienveillante, de leur part (Barak et Gluck-Ofri 2007 ; Metton 2004).

Ainsi, derrière l'appellation e-psychonautes, transparaît la notion de groupe, dans la mesure où les membres actifs d'un forum représentent une communauté. Comme tout groupe, celui-ci est traversé par des logiques classiques de régulation, de conformité ou d'exclusion. La fréquentation des forums se régénère régulièrement avec de nouveaux entrants ou le retour d'anciens membres. Enfin, les e-psychonautes ne revendiquent pas d'appartenance à un groupe spécifique et n'expriment pas de message politique clair, à la différence de groupes comme ceux d'autosupport des usagers de drogues des années 1980-1990 (Jauffret-Roustide 2005), ou bien certains forums anglo-saxons historiques spécialisés dans l'usage de drogues (Barratt 2011).

Rationaliser la consommation de drogues

Alors que le polyusage concerne une grande part des consommateurs de drogues (usagers vus en structures spécialisées, en espace festif alternatif ou commercial, etc.) (OFDT 2005), les e-psychonautes décrivent celui-ci comme le résultat de l'acquisition d'un savoir, pour rationaliser leurs consommations, dans l'objectif d'éviter la dépendance. Par rapport à des sous-groupes de consommateurs, leur polyusage est moins le fait de contraintes ou d'opportunités dictées par l'offre de drogues dans l'espace fréquenté que la résultante de situations choisies et planifiées. Leur comportement est plus proche de celui de sous-groupes qui ont une expertise sur des produits. Dans un autre registre, c'est le cas des culturistes pour qui l'usage répond à un objectif bien précis (Sudérie et Albert 2007). Comme les consommateurs insérés de cocaïne (Reynaud-Maurupt et Hoareau 2010), les e-psychonautes se donnent des règles dans la gestion de leur consommation. L'objectif est d'établir des différences entre une consommation « récréative », considérée comme acceptable socialement, et une consommation abusive, synonyme de marginalisation et de dépendance. Cependant, chez les e-psychonautes, ces règles sont plus complexes car elles se basent sur la pharmacologie des drogues.

La rationalisation de la consommation apparaît particulièrement dans la transcription des expériences des usagers qui reprennent l'exemple de chimistes reconnus des années 1960[4]. Les e-psychonautes notent

4. Il s'agit par exemple d'Alexander Shulgin (1925-2014). Ses deux ouvrages, Pihkal et Tihkal, où il relate ses expériences avec les produits psychoactifs constituent les bases de l'e-psychonautisme.

les informations susceptibles d'influencer le vécu de la consommation (poids de la personne, antériorité des prises, quantités utilisées) et séquencent l'apparition temporelle des effets physiques et psychiques depuis la prise initiale (exemple : T0, T + 20 minutes...). Cette manière de codifier leurs témoignages vaut à ces derniers le surnom de *trip reports* (littéralement rapports de voyage). Signes constitutifs de la démarche d'e-psychonautisme, ils en reflètent aussi un aspect pittoresque.

Au-delà, le forum favorise l'acquisition de connaissances publiées dans la presse académique sur le fonctionnement des drogues à propos du corps humain. Les risques sont mis en exergue, en même temps que les mécanismes et paramètres influençant, régulant et modifiant l'activité du cerveau. Les e-psychonautes rationalisent leur consommation de drogues en appliquant à ces dernières des règles qui valent pour tous les produits psychotropes. C'est cette approche pharmacologique (« pharmaceuticalisation ») des drogues (Rönkä et Katainen 2015) qui les positionne comme des experts. La conséquence négative est la transmission d'une image idéalisée et attractive des consommations, où l'expertise permettrait d'échapper à la dépendance aux produits.

Le biais de cette approche est que, tout en mettant en œuvre une stratégie pour éviter celle-ci, ils apprennent dans le même temps à gérer son apparition et les effets secondaires de leur polyusage. Les éléments recueillis via les écrits en ligne indiquent que, si la recherche d'information est perçue comme un préalable incontournable à un usage de drogues, elle n'est pas revendiquée comme une protection absolue pour parer au développement d'une addiction, car la chronicité des consommations amène la question de l'existence d'une dépendance.

Les e-psychonautes ont développé, sur la base d'une culture qui leur est propre, des standards de consommation considérés par des représentants du secteur professionnel comme une réinvention des principes de la réduction des risques et des dommages (RdRD) en addictologie (Benso 2013). S'ils ne représentent pas aujourd'hui un groupe social en tant que tel, leurs messages soulignent la particularité et la complexité de leur rapport aux drogues. Ils mettent en avant leur responsabilité individuelle dans la prise de risque et l'apprentissage théorique et pratique des produits. Là-aussi, ces éléments d'autocontrôle sont mis en évidence dans d'autres groupes de consommateurs de substances illicites telles que la cocaïne (Forum Droghe et TNI 2014) ou licites (Le Hénaff 2016).

Les usages très spécifiques des e-psychonautes et l'évolution de l'offre illustrent des enjeux latents en prévention et en réduction des risques. Ils soulignent la tension entre information et initiation des premières expériences ou revendication d'une consommation maîtrisée. La disponibilité en ligne tout à la fois de produits très variés et des modalités de leur consommation affaiblit la perception de leur dangerosité. En contrepartie, si expérimentation il y a, les informations proposées sont censées assurer une meilleure connaissance théorique des risques encourus.

Les usages détournés de médicaments psychotropes

Maitena Milhet

Les enquêtes conduites depuis vingt ans concordent pour situer la France parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes[1], y compris chez les jeunes (Beck *et al.* 2014a) (voir chapitre « Les consommations », p. 24). Les usages détournés[2] de ces substances par les jeunes posent question dans un contexte de large diffusion des produits médicamenteux et de porosité des frontières entre leurs fonctions thérapeutiques et leur consommation à des fins récréatives, dans le cadre de pratiques dopantes ou de conduites addictives (Ehrenberg 1998).

Des pratiques non négligeables

Au collège, la consommation de médicaments « pour se droguer » est un phénomène peu répandu. Seuls 2 % des adolescents scolarisés en 4e et 3e déclarent ce type d'usage au cours des 12 derniers mois (Spilka *et al.* 2012). Toutefois, 11 % des jeunes scolarisés de 16 ans, rapportent avoir consommé au moins une fois un tranquillisant ou un somnifère sans ordonnance, les filles étant davantage concernées que les garçons (15 % contre 8 %). Ces niveaux d'expérimentation sont parmi les plus élevés d'Europe (Hibell *et al.* 2012). Le premier usage a eu lieu en moyenne autour de 14 ans et plus d'un tiers de ces jeunes (36 %) partagent le sentiment d'une grande accessibilité des tranquillisants ou des somnifères : ils n'ont pas ou peu de difficultés à s'en procurer s'ils le souhaitent. À 17 ans, 4 % des adolescents déclarent un usage au cours du dernier mois de médicament hors prescription (tranquillisants, somnifères et antidépresseurs) (données ESCAPAD 2011).

Les entrées en consommation

Deux grands modes d'entrée dans des usages de médicaments non conformes aux normes médicales sont observés.

Le premier s'inscrit dans le sillage d'une prescription médicale : les jeunes se rendent chez leur médecin pour faire face à une difficulté momentanée plus ou moins sévère, comme des troubles anxieux ou dépressifs. Les médicaments prescrits à cette occasion sont initialement consommés conformément à la recommandation médicale mais les jeunes patients glissent vers des formes d'automédication, voire vers des pratiques plus addictives. Lassitude, saturation… les raisons de la mauvaise observance sont nombreuses. Paradoxalement, c'est parfois le fait de disposer d'une prescription pour une longue période qui suscite des craintes et débouche sur un détournement.

L'amorce d'usages détournés de médicaments peut également intervenir dans le cadre d'une période d'émancipation propice aux expérimentations. Le départ du domicile parental inaugure pour certains jeunes une période festive et de découvertes multiples : accession à une forme d'autonomie, découvertes dans le domaine de la sexualité…

La consommation de médicaments psychotropes hors cadre médical s'inscrit ici dans une démarche plus générale d'usage de substances à des fins récréatives, partie prenante d'une nouvelle culture jeune (Parker *et al.* 1998).

Motivations des usages détournés

Les médicaments sont rarement consommés dans un même et unique but. Quelle que soit leur classe pharmacologique, ils peuvent remplir une fonction un jour donné, dans un contexte donné, puis être mobilisés à d'autres fins un autre jour, dans un autre contexte. Quatre grands types de

1. Les données portent sur des médicaments exclusivement délivrés sur ordonnance.

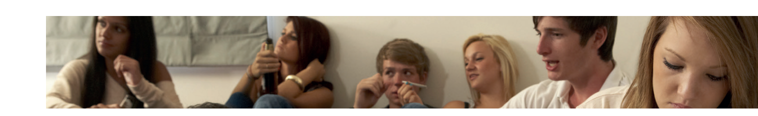
2. On entend ici par usages détournés de médicaments, toute utilisation s'écartant des strictes normes thérapeutiques quant à l'obtention, le mode d'ingestion, l'intentionnalité de l'usage ou la revente.

motivations qui ont trait à la curiosité, à la fête, à l'automédication ou à la réussite scolaire ressortent des études (Langlois et Milhet 2016 ; Milhet 2015). Satisfaire une curiosité constitue une incitation importante. Les jeunes sont ici en quête de nouvelles expériences, sensorielles ou de modification de leur état de conscience. Le plaisir est aussi une motivation forte. Les médicaments, tranquillisants et somnifères généralement, sont détournés de leur usage tout simplement « parce que c'est agréable ». Les jeunes peuvent également y avoir recours dans une démarche d'automédication, pour lutter contre des angoisses et un stress s'agissant de situations assez variées allant de la simple contrariété à une souffrance psychique durable, en passant par des difficultés face à différents types d'épreuves personnelles et sociales (concours, conditions de travail, déception amoureuse…). Enfin, la recherche de performance scolaire est aussi un moteur de l'usage détourné. Les jeunes se tournent vers les médicaments, stimulants en particulier, notamment afin de renforcer leur attention et leur capacité à endurer des charges de travail importantes (Boyd *et al.* 2006 ; DeSantis *et al.* 2008 ; DeSantis *et al.* 2010a ; Thoër et Robitaille 2011 ; Wilens *et al.* 2008).

La dynamique des parcours

Recourir à des médicaments en dehors d'une prescription médicale est perçu comme une pratique presque anodine ou bien comme une alternative légale et moins dangereuse à la consommation d'autres drogues dites « dures » (Bardhi *et al.* 2007 ; DeSantis et Hane 2010b). Même quand ils disent explicitement vouloir « planer » en consommant des médicaments, les jeunes peuvent considérer qu'ils ne prennent pas de risque. Cette perception repose sur le fait qu'il s'agit précisément de médicaments, c'est-à-dire, de substances psychotropes dotées de garanties de sécurité : les médicaments sont issus de l'industrie pharmaceutique, préparés en laboratoires, ils ont subi de multiples tests, leurs effets indésirables sont stipulés dans une notice. Il s'agit de substances prescrites par un médecin et délivrées en pharmacie (Blanco *et al.* 2008 ; Johnston *et al.* 2014 ; Langlois *et al.* 2016 ; Quintero et Bundy 2011 ; Sanders *et al.* 2014). Les médicaments psychotropes représentent aussi des substances familières, très présentes dans l'environnement. Ces éléments concourent à forger une perception de l'usage détourné comme d'une pratique non dommageable. Par ailleurs, les jeunes méconnaissent le cadre légal et ne redoutent pas de sanctions. Elles s'élèvent pourtant à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende s'agissant du transport, de la détention, de l'offre, de la cession ou de l'acquisition illicite de substances vénéneuses, par exemple. Ils ne se sentent pas ou peu exposés à une possible désapprobation sociale (Lord *et al.* 2011). À tort ou à raison, ils ont le sentiment que la médecine et les parents promeuvent les médicaments ou en autorisent la consommation et permettent matériellement l'automédication (Langlois *et al.* 2016).

Dans un contexte récréatif, les usages détournés de médicaments prennent place dans le cadre de polyconsommations et répondent à deux grandes logiques. D'opportunité d'une part : les jeunes ne voient pas pourquoi ils se priveraient de produits disponibles, peu chers, faciles d'accès, et dont les effets sont garantis. D'autre part, les médicaments psychotropes sont mis au service d'une réduction des risques liés à d'autres produits consommés. Ils viennent freiner un usage plus ou moins intense d'autres produits psychotropes. L'évolution des pratiques d'usages détournés de médicaments doit être conçue dans le cadre d'un parcours plus général de polyconsommations de substances. L'arrêt ou la limitation de ces usages s'inscrivent dans une trajectoire plus globale d'expériences personnelles liées à la consommation d'une variété de produits. La dynamique des usages est orientée vers un épuisement des effets positifs des substances et une prise en compte par l'usager des conséquences négatives de sa pratique qui l'incite à cesser de consommer (Castel 1998 ; Langlois *et al.* 2016).



Motivations et facteurs de vulnérabilité

3

Motivations d'usage de drogues chez les jeunes

Ivana Obradovic, François Beck

Avant la fin de l'adolescence, la plupart des jeunes ont déjà expérimenté l'alcool, le tabac et, souvent aussi, le cannabis. Une part non négligeable a déjà un usage régulier d'un ou de plusieurs de ces produits. Ces consommations sont d'autant plus dommageables pour la santé qu'elles interviennent dans certains cas à un âge où la maturation du cerveau n'est pas terminée. Pourquoi les jeunes ont-ils, parfois dès l'adolescence, recours à l'usage de produits psychoactifs ? Pourquoi certains s'installent-ils dans une consommation régulière, alors que d'autres parviennent à contrôler leur usage ? Bien qu'elles constituent une priorité des pouvoirs publics, ces questions restent peu documentées en France, hormis quelques rares travaux, parcellaires, sur les représentations des jeunes (Aquatias 1999 ; Beck *et al.* 2014b ; Chabrol *et al.* 2004 ; INSERM 2014 ; Le Garrec 2002 ; Reynaud-Maurupt 2009).

Les études disponibles concluent de façon convergente que les conduites addictives sont aussi des pratiques sociales, reposant sur des opinions, des croyances et des perceptions. Elles soulignent également que les représentations et les attentes (positives ou négatives) à l'égard des produits psychoactifs déterminent les pratiques d'usage : elles présagent du niveau de diffusion des substances, mais aussi de leurs conséquences sanitaires et sociales. Enfin, elles montrent que les pratiques d'usage ont des significations particulières pour les consommateurs, notamment parce qu'elles satisfont des besoins qui méritent d'être bien compris pour pouvoir être pris en compte dans les stratégies de prévention.

Des pratiques de consommation « relationnelles »

Hormis pour ce qui concerne le tabac, les consommations de substances psychoactives tendent à diminuer à l'âge adulte. Avec la fin des études, l'accès au premier emploi, l'installation en couple, l'arrivée du premier enfant, les niveaux d'usage d'alcool et de cannabis baissent de manière significative (Richard *et al.* 2013). Dans ce sens, on peut considérer les usages de produits psychoactifs comme des expériences enchâssées dans un contexte social et un stade de la vie, qui peuvent se comprendre comme des tentatives d'ajustement à un environnement donné (familial, amical, éducatif, social) différenciées selon l'âge. À l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, les expérimentations de produits font écho à une quête identitaire allant de pair avec la transformation des représentations, des goûts, des aspirations et des conduites : les jeunes cherchent leur voie, entre reproduction des comportements de leurs parents et de leurs pairs et tentatives de transgression diverses. Lors de la phase de transition vers la vie active et familiale, entre 18 et 25 ans, la consommation de produits peut au contraire correspondre à un besoin d'accéder facilement à la désinhibition et au plaisir (motifs

« hédoniques »), soit pour faciliter les relations sociales (les drogues comme « lubrifiant social » ou comme élément festif), soit pour oublier les contraintes et les difficultés du quotidien (recherche d'échappatoire). La consommation peut aussi être perçue comme une stratégie de régulation de l'anxiété et du stress (voire de la souffrance au travail) ou une forme « raisonnée » d'automédication, pour mieux dormir ou moins souffrir (INSERM 2014). Elle peut également être conçue comme un « facilitateur » pour surmonter un obstacle ou améliorer ses performances, notamment à travers les produits stimulants (Reynaud-Maurupt *et al.* 2007). Elle peut, enfin, être une pratique « par défaut », visant à rompre l'ennui ou à « passer le temps » (motif de « distraction ») (Kuntsche *et al.* 2006). Les consommations de produits psychoactifs à l'adolescence doivent aussi être envisagées comme des pratiques « relationnelles ».

Représentations des produits, attentes et motifs d'usage des jeunes usagers

Les nombreux travaux anglo-saxons qui ont exploré les attentes des adolescents en matière d'usage de substances établissent que les principaux motifs de consommation ont à voir avec le plaisir, l'accessibilité des produits et une représentation euphémisée des risques liés à l'usage (Akré *et al.* 2010 ; Amos *et al.* 2004 ; Menghrajani *et al.* 2005 ; Moore 2008 ; Wyvill et Ives 2000). En effet, les adolescents se montrent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme, qu'ils ont tendance à minimiser du fait d'une capacité de mise à distance (ou de déni) des effets délétères des drogues (Peretti-Watel 2005).

Les enquêtes en population générale menées en France corroborent ces résultats en illustrant la manière dont les usages de produits sont imbriqués à des modes de sociabilité différenciés selon l'âge. À l'instar des adultes, la majorité des adolescents boivent pour « faire la fête » (80 %). Une minorité boit de l'alcool pour se détendre ou compenser des difficultés familiales, scolaires ou amoureuses (moins de 5 %). Enfin, une proportion non négligeable boit dans la perspective de « se défoncer » (11 %) (Legleye *et al.* 2009). Les jeunes qui boivent pour résoudre un problème présentent un surrisque de consommer de façon problématique (Kuntsche *et al.* 2005) et de faire une tentative de suicide (Aseltine *et al.* 2009). La plupart du temps, les consommations d'alcool des adolescents ont cependant lieu dans un cadre festif. L'usage régulier d'alcool et les ivresses répétées sont fortement corrélés à la fréquence de sorties dans les bars ou dans des soirées entre amis. L'alcool joue souvent un rôle de catalyseur de la fête, de la « préchauffe » à la « montée » puis à l'ivresse, selon un rituel de consommation ordonné. D'une façon générale, les 15-30 ans se distinguent de leurs aînés par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives, de façon particulièrement marquée depuis 2005, avec une stabilisation de la consommation quotidienne d'alcool à des niveaux très bas (2,5 %), associée à une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes et des épisodes d'ivresse (Richard *et al.* 2013).

Les motifs de consommation de cannabis à la fin de l'adolescence sont eux aussi majoritairement festifs et associés à la recherche de convivialité (61 % des usagers), qui peut correspondre à une culture d'identification qui prône

l'usage de substances, les représentations culturelles étant très prégnantes à l'adolescence. Les motifs exprimés apparaissent plus variés que pour l'alcool : la « défonce » y figure en bonne place (38 %), ainsi que les motifs autothérapeutiques (régulation émotionnelle ou gestion de l'anxiété). Près d'un quart des adolescents (23 %) disent consommer du cannabis pour « se calmer », 18 % pour « mieux dormir » et 11 % pour « surmonter des difficultés ». Environ 14 % des adolescents fument des joints « par habitude », mais seulement 1 % se considèrent comme dépendants, ce qui contraste avec le sentiment de dépendance au tabac (rapporté par 34 % des adolescents) ou à l'alcool (7 %) (Legleye *et al.* 2009). Parmi les jeunes usagers réguliers de cannabis interrogés entre 15 et 29 ans et qui se considèrent comme des « habitués » de ce produit, plus des trois quarts déclarent consommer souvent pour se détendre (78 %), pour partager (74 %) ou pour faire la fête (65 %), tandis que une personne sur cinq déclare consommer le plus souvent pour lutter contre l'angoisse (22 %). Plus nombreux encore sont ceux qui déclarent consommer souvent ou toujours pour dormir (35 %), pour se défoncer (30 %) et par habitude (45 %). Contrairement aux usagers plus occasionnels, la plupart des usagers réguliers consomment assez souvent, voire toujours, seuls (86 %) (Reynaud-Maurupt 2009).

Les motifs d'usage du tabac apparaissent encore plus diversifiés : 47 % des adolescents déclarent fumer par habitude, 34 % se disent dépendants, 31 % fument pour « se calmer » ou « mieux dormir » et 25 % pour « faire la fête » (Legleye *et al.* 2009).

Ainsi, de ces trois produits qui constituent les principales consommations parmi les jeunes, l'alcool est celui dont les motivations d'usage sont le moins équivoques : elles sont massivement tournées vers les moments collectifs de fête et de partage, sauf pour une fraction de consommateurs qui recourent à l'alcool à des fins de régulation émotionnelle.

S'agissant des médicaments psychotropes, les motivations de consommation des jeunes en dehors du cadre médical peuvent relever de la curiosité, de l'automédication face à une douleur physique ou morale, du désir de « faire la fête », ou encore de réussite au niveau scolaire ou académique, afin de répondre aux injonctions de performance ressenties (Milhet et Langlois 2016). Cependant, le motif de la « défonce » est très présent parmi les plus jeunes. En effet, alors que l'usage de médicaments psychotropes augmente avec l'âge, le mésusage est maximal parmi les plus jeunes usagers de drogues et diminue avec l'âge, de même que le polyusage. Ainsi, parmi les jeunes usagers de moins de 25 ans les plus précarisés, interrogés au sein des CAARUD en 2006, environ 70 % déclaraient consommer des benzodiazépines « pour se défoncer », alors qu'ils représentent la moitié à partir de 34 ans, les usagers plus âgés étant davantage animés par une recherche d'automédication, en particulier la gestion de la douleur (INSERM 2012).

Ivresses et « alcoolo-défonce » : un nouveau paradigme de consommation en Europe ?

Alors que les jeunes sont de mieux en mieux informés des risques associés aux consommations excessives (notamment du risque de dépendance), les comportements d'alcoolisation intensive apparaissent en hausse. Comment rendre compte de ce paradoxe ? Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) témoignent souvent d'une recherche d'ivresse et de perte de contrôle : l'objectif revendiqué est de perdre pied en buvant « un maximum d'alcool en un minimum de temps dans le seul but de se soûler, se mettre à l'envers, se mettre minable, se déchirer » (Rigaud 2008). Des initiations aux premières ivresses, puis aux soirées de fête de fin de semaine (associées à l'ivresse entre amis), les adolescents se retrouvent autour de boissons au marketing souvent attractif, sous la forme notamment de *ready to drink* (incluant prémix, alcopops…), facilement appropriables à un âge marqué par des phénomènes identificatoires et de reconnaissance mutuelle (Gallopel-Morvan 2008). Cette évolution n'est, d'ailleurs, pas spécifique à la France. Les consommations d'alcool des adolescents empruntent les mêmes répertoires dans différents pays européens. Des *bottelòn* espagnols (regroupements de jeunes dans la rue pour consommer de l'alcool) aux *spring breakers* américains (périodes de relâche au cours de laquelle les étudiants n'ont ni cours ni devoirs qui peuvent donner lieu à des épisodes d'alcoolisation massive), on retrouve, dans différents pays occidentaux, et dans tous les milieux sociaux, ce phénomène d'alcoolisation collective le week-end, en particulier chez les jeunes majeurs (18-25 ans), qui s'étend parfois aux soirées de semaine. Les motivations à boire sont similaires chez les adolescents de tous pays : les motifs de sociabilité et l'envie de s'amuser priment sur la volonté d'oublier les problèmes de la vie quotidienne et la pression du groupe, quoique dans des proportions variables selon les pays. Aussi les jeunes Suisses se révèlent-ils moins soumis à la pression du groupe que les jeunes d'Amérique du Nord, tandis que les motifs de sociabilité, de renforcement et de maîtrise culminent chez les Canadiens et les Américains. Néanmoins, il existe une forte similitude des motivations à boire de l'alcool parmi les adolescents occidentaux (Kuntsche *et al.* 2008).

Significations particulières prêtées aux consommations : pistes pour une typologie des usagers ?

Les circonstances d'usage constituent ainsi un indicateur témoignant de la fonction prêtée au produit psychoactif, mais aussi de ses dangers potentiels. Les données existantes montrent qu'il convient de distinguer les usages festifs des usages autothérapeutiques, qui constituent un facteur de risque d'usage problématique. De même, les consommations solitaires ou en semaine, rares à 17 ans, doivent être prises au sérieux. Qu'elles concernent l'alcool ou le cannabis, elles sont en effet plus fréquemment associées à des profils d'usage problématique, alors que les usages collectifs, sans être anodins, correspondent

davantage à des motivations d'usage orientées vers l'intégration dans des codes de sociabilité adolescente, qui valorisent les nouvelles expériences, le partage (faire tourner un joint), la transgression (son statut illicite étant « attractif ») et l'entre-soi adolescent (Le Garrec 2002).

Concernant plus particulièrement le cannabis, il a été montré que les facteurs incitant à rechercher une aide à 17 ans sont fortement associés aux motivations d'usage : l'usage à des fins d'automédication, assorti d'un sentiment de dépendance, ainsi que le fait de se sentir concerné par les effets de son propre usage de cannabis jouent comme des éléments déclencheurs de la demande d'aide (Obradovic *et al.* 2013).

D'une façon générale, en termes de prévention, pour éviter les problèmes de santé et les dommages sociaux associés aux produits psychoactifs (comportements sexuels à risque, violences, accidents de la route, pertes de motivation…), les recommandations cliniques validées consistent à : retarder le plus possible l'âge de la première consommation; limiter les épisodes de consommation intensive (quelles que soient les circonstances) ; éviter toute prise de risque sous l'influence de produits ; garder en tête que les produits psychoactifs altèrent les perceptions ; ne jamais conduire avec des facultés affaiblies ; ne pas hésiter à demander de l'aide en cas de difficulté. La connaissance des motivations d'usage constitue un socle utile pour agir sur les comportements (voir chapitre « Prévenir les conduites addictives », p. 129). Les leviers d'intervention validés par la littérature scientifique ont à voir avec le renforcement de l'implication scolaire, du réseau social de soutien (CCLAT 2009) et l'amélioration des relations au sein de la famille et avec des adultes référents (Vitaro *et al.* 2000). À ce stade des connaissances, les programmes démontrés comme efficaces excluent les mesures de contrôle, qui comportent souvent des effets pervers (Craplet 2006 ; Paglia et Room 1999), et encouragent des actions de prévention visant le développement des compétences psychosociales, telles que la résolution de problèmes, la prise de décision, la communication et l'estime de soi (Botvin et Griffin 2007 ; Hawks *et al.* 2002 ; Roberts *et al.* 2001 ; Springer *et al.* 2004). Leur impact est solidement documenté, en particulier lorsque l'action de prévention est réalisée pour partie au sein du milieu familial, en s'attachant à favoriser la communication et la discipline (Vitaro *et al.* 1999). Pour développer l'estime de soi ainsi que le sentiment d'accomplissement et de responsabilité, d'autres programmes de prévention, dits « alternatifs », proposent des activités dans un environnement sans consommation (participation à des sports ou aux arts) : sans aborder directement la consommation de produits, ils présentent néanmoins l'avantage d'atteindre des jeunes difficilement accessibles par l'école et s'avèrent particulièrement efficaces auprès des élèves plus âgés pour qui le développement et l'acquisition de compétences sont une stratégie moins probante (Roberts *et al.* 2001).

Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection

Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Avec l'avancée en âge, une grande majorité de jeunes ayant consommé des drogues, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac, de cannabis ou d'autres substances illicites, abandonneront leurs usages. Une part de ces jeunes va en revanche connaître des conduites addictives. Or tous ne présentent pas la même vulnérabilité face à cette éventualité, modulée par la combinaison de facteurs de risques et de facteurs de protection. Si l'accessibilité aux produits psychoactifs joue un rôle certain dans les consommations (voir chapitre « L'accessibilité », p. 100), l'environnement le plus direct du jeune, qui détermine la norme sociale à laquelle se conformer, apparaît déterminant dans le développement des usages et leur poursuite jusqu'à l'addiction. Durant l'adolescence, période qui porte en soi un certain nombre d'éléments de vulnérabilité, tels que la recherche du risque (voir chapitre précédent, p. 78) (Jeammet 2016 ; Karila et Reynaud 2016), la conjonction des caractéristiques personnelles innées et liées à l'histoire de vie, à l'environnement familial et social prédisposera ou non l'adulte en devenir à développer un usage problématique.

Les prédispositions génétiques

Les facteurs génétiques contribueraient de manière significative au risque de développer une addiction en entraînant des variations des réponses neurobiologiques à la prise de produits selon les personnes (INSERM 2014 ; Wohl et Gorwood 2016). Les gènes impliqués sont nombreux, en partie variables selon les produits, et affecteraient les systèmes dopaminergique, glutamatergique, opioïde, cannabinoïde, GABAergique, sérotoninergique (voir chapitre « Vulnérabilité et conséquences sanitaires », p. 87). Ces facteurs génétiques interagissent en outre avec des facteurs environnementaux et les événements de vie, en particulier via le stress, par des mécanismes épigénétiques qui vont moduler l'expression des gènes[1]. Ils ne peuvent en outre déterminer isolément la survenue d'une addiction, phénomène largement plurifactoriel.

La vulnérabilité psychologique ou psychiatrique

Cette vulnérabilité peut relever elle-même de l'interaction entre prédispositions génétiques et influence de l'environnement.

Plusieurs traits de personnalité sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes présentant des consommations problématiques : la mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi, les réactions émotionnelles excessives, la difficulté à réagir face à certains événements, à avoir des rela-

1. Modifications de l'expression des gènes, induites par l'environnement et le parcours individuel et potentiellement transmissibles à la descendance.

tions stables et à résoudre les difficultés interpersonnelles (Karila *et al.* 2016). D'autre part, chez la personne jeune, l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations, un faible évitement du danger constituent également des facteurs de risques (Segawa *et al.* 2016). Enfin, certains troubles de la personnalité[2], par exemple de type « personnalité antisociale »[3] ou « borderline », peuvent favoriser l'entrée dans des comportements addictifs ou d'abus (Karila *et al.* 2016 ; Segawa *et al.* 2016).

Les troubles anxieux ou dépressifs et ceux de l'attention avec hyperactivité, pas toujours diagnostiqués, sont des éléments particulièrement favorisants. Les troubles des conduites alimentaires augmentent également le risque de développer un usage pathologique de substances. Les produits peuvent alors être utilisés de manière autothérapeutique, mais viennent également aggraver le cours de la maladie (INSERM 2014 ; Karila *et al.* 2016).

D'une manière générale, un usage problématique peut accompagner un mal-être lié à la confrontation ancienne ou actuelle à des événements de vie stressants (décès d'un parent, abus, maltraitance ou négligence dans l'enfance, vulnérabilité économique importante, rupture ou difficultés amoureuses, pathologie somatique…) ou aux difficultés à répondre aux enjeux de l'adolescence (Jeammet 2016). Ce lien a en effet été largement démontré sur le plan statistique (Hawkins *et al.* 1992 ; Stone *et al.* 2012) et s'incarne dans la figure du jeune en errance, polyusager de drogues (voir chapitre « Usages problématiques et vulnérabilités sociales », p. 65).

Les déterminants sociaux

L'entrée et l'installation dans des consommations régulières ou problématiques apparaissent plus fréquentes lorsque les adolescents connaissent une situation sociale défavorable. Si les jeunes issus des milieux les plus favorisés expérimentent les substances plus fréquemment (alcool, cannabis) que leurs alter ego issus de milieux modestes, ils évoluent moins souvent vers des usages fréquents ou intensifs d'alcool et de tabac ou des usages problématiques de cannabis (INSERM 2014 ; Spilka *et al.* 2010). La « préférence pour l'avenir » (Shiffman *et al.* 2004) les amène, semble-t-il, à maintenir leurs usages à un niveau n'altérant pas leurs performances scolaires en vue des études supérieures. Les jeunes des milieux populaires ou ruraux (Grelet et Vivent 2011), moins souvent engagés dans une scolarité longue, auraient à l'inverse plus fréquemment des difficultés à se projeter dans l'avenir (INSERM 2014). La déscolarisation (à un moindre degré le redoublement et l'inscription en filière professionnelle) est un facteur de risque et ce d'autant plus fortement que l'adolescent est issu d'un milieu social favorisé (INSERM 2014). D'une manière plus générale, l'insertion sociale, l'investissement dans une activité, estudiantine ou professionnelle, sont des facteurs protecteurs.

2. Selon le DSM 5, un trouble de la personnalité est « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». De simples traits de caractères ne constituent pas un trouble de la personnalité.

3. Pour la description de ces différents troubles se reporter au DSM 5 ou à l'article de Jean Cottraux (Cottraux 2013).

Les déterminants familiaux

Outre l'aspect socio-économique, la dynamique du milieu familial (harmonie parentale, relations parents-adolescents, attachement à la famille durant l'adolescence) joue un rôle primordial, protecteur lorsqu'elle est favorable. Ainsi, la communication parentale et un niveau suffisant de supervision des adolescents par les adultes sont des facteurs de protection (Hawkins *et al.* 1992 ; Stone *et al.* 2012). À l'inverse, une mauvaise qualité des relations parents-enfants et un « étayage parental » faible (Lafaye 2016), en lien avec une éducation trop permissive ou à l'inverse excessivement autoritaire, constituent des facteurs de risque (Hawkins *et al.* 1992 ; Stone *et al.* 2012). Les adolescents vivant avec un seul de leur parent ou ayant des parents séparés ont des consommations de substances psychoactives plus élevées que les autres (Hawkins *et al.* 1992 ; Spilka *et al.* 2015d ; Stone *et al.* 2012). Ce lien ne signifie pas nécessairement une relation directe de cause à effet, mais la présence plus fréquente de facteurs de risques communs à ces différentes situations (difficultés socio-économiques, abandon par l'un des parents…). D'autres adultes que les parents peuvent néanmoins également jouer un rôle. Enfin, une attitude des parents favorable à l'usage des drogues est un facteur de risque d'initiation à un âge précoce.

Les études qui se sont penchées sur la transmission générationnelle des addictions montrent que le risque de dépendance est 2 à 3 fois supérieur chez l'adolescent lorsqu'il existe des antécédents d'abus d'alcool dans la famille ou lorsque l'un ou les deux parents sont fumeurs de tabac. Pour le cannabis, le risque d'une dépendance de l'adolescent serait double lorsque les parents sont consommateurs (INSERM 2014 ; Lafaye 2016). Les enfants de parents dépendants à d'autres drogues illicites ont eux aussi une plus forte probabilité de souffrir d'une pathologie addictive (Hawkins *et al.* 1992 ; INSERM 2014 ; Stone *et al.* 2012).

Cette transmission intergénérationnelle des conduites addictives est expliquée par des facteurs génétiques ou épigénétiques, par l'influence directe de la co-occurrence de difficultés sociales, familiales et psychologiques, par une plus grande accessibilité des produits consommés par les parents et par des facteurs psychologiques tels qu'un regard positif vis-à-vis de la consommation de drogues (INSERM 2014). Enfin, l'exposition prénatale aux produits psychoactifs peut être à l'origine de troubles du comportement ou des apprentissages dès l'enfance qui vont favoriser la survenue d'un trouble addictif à l'adolescence (INSERM 2014).

Le contexte de l'adolescence et des premières consommations

La précocité du premier usage apparaît comme un facteur favorisant ou du moins comme un marqueur de risque de la persistance de cet usage, de son devenir problématique, ou du passage à la consommation d'autres produits (voir article « Le mythe du rajeunissement des usages », p. 45). Cette précocité pourrait être le symptôme d'une situation de vulnérabilité psychosociale, qu'il s'agisse de comorbidité psychiatrique, de rupture sociale ou d'un goût

pour les prises de risque… Elle pourrait également favoriser la survenue de difficultés ultérieures en altérant le processus de maturation cérébrale ou en perturbant la scolarité. La consommation répétée précoce de cannabis (avant l'âge de 15 ans), en particulier, est ainsi clairement identifiée comme susceptible d'altérer les capacités d'apprentissage. La précocité des usages pourrait également favoriser l'expression de la vulnérabilité génétique aux conduites addictives (Wohl *et al.* 2016).

Surtout, le groupe de pairs occupe une position centrale à l'adolescence dans la mesure où il fixe la norme au quotidien. Selon qu'il incitera à consommer, à maîtriser ses consommations ou à ne pas consommer de substances psychotropes, il constituera un facteur de risque ou de protection pour l'adolescent ou le jeune adulte (Lancial 2011 ; Reynaud-Maurupt et Hoareau 2010). Le rôle des membres du groupe apparaît ainsi primordial dans l'élaboration de limites aux consommations, le contrôle mutuel et le recadrage éventuel de celui qui transgresse, en particulier dans les espaces où les substances sont facilement accessibles, tels que les milieux festifs (Lancial 2011). Cependant, l'adolescent qui consomme pourra rechercher un groupe de pairs plus en phase avec ses pratiques, limitant de ce fait son effet protecteur. Le réseau relationnel proche de l'adolescent va également jouer un rôle direct dans l'accès au produit, en particulier pour les jeunes filles lorsque le compagnon a une activité de deal (Reynaud-Maurupt *et al.* 2010).

Le genre

Enfin, entre génétique et construction sociale, le genre masculin constitue un facteur de vulnérabilité largement partagé pour l'ensemble des consommations de substances psychotropes, à l'exception du tabagisme quotidien à la fin de l'adolescence et des usages de médicaments psychotropes. Plus l'usage s'intensifie ou devient problématique, plus la part des garçons augmente (Spilka *et al.* 2015d).

Vulnérabilité des plus jeunes et conséquences sanitaires

Thomas Néfau, Anne-Claire Brisacier

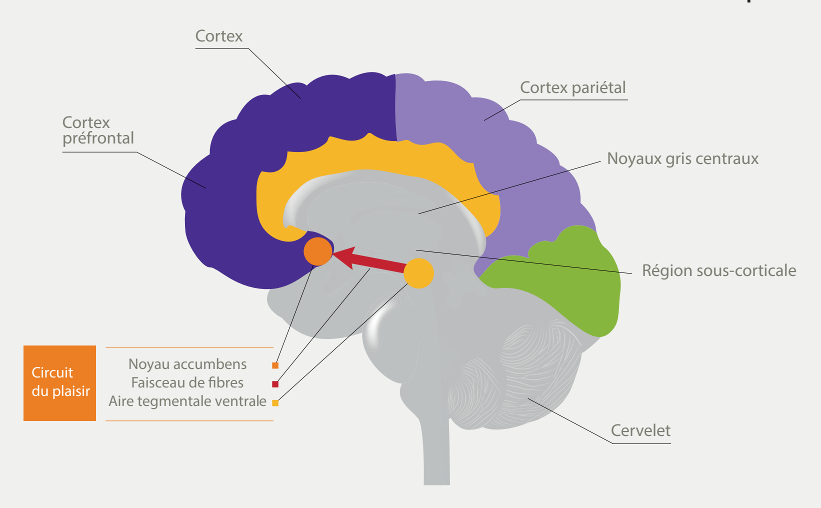
La poursuite du développement du cerveau durant l'adolescence rend les jeunes particulièrement vulnérables aux substances psychoactives mais aussi à la tentation de les consommer. De plus, la prise de risques et la recherche de sensations fortes sont inhérentes à cette période. De nombreuses études s'attachant à explorer l'activité des drogues sur le cerveau ont pu montrer des différences entre adolescents, jeunes adultes et adultes. Après une présentation synthétique des changements cérébraux survenant à l'adolescence, l'impact à court terme sur la santé de cinq substances parmi les plus consommées chez les jeunes (alcool, tabac, cannabis, cocaïne et MDMA) sera détaillé, notamment au niveau du cerveau, organe encore en construction et particulièrement fragile face à ces substances. Les troubles somatiques sur le long terme seront aussi abordés. Bien que non spécifiques à l'usage chez les jeunes, ils ont tendance à survenir plus tôt en cas de consommation précoce. Enfin, lorsque des associations sont mises en évidence entre l'usage de substances et la survenue de troubles, notamment mentaux, il n'est pas toujours aisé de prouver un lien causal. L'usage de substances prédispose-t-il au développement de ces troubles ? Les personnes atteintes de ces troubles utilisent-elles les substances pour atténuer leurs symptômes ? Ou existe-t-il des facteurs de risques communs à l'usage de substances et à ces troubles (Hall *et al.* 2016b) ?

Le cerveau, un organe qui évolue

Le cerveau est un organe qui change, se module, évolue au cours de la vie. Les modifications peuvent se produire à l'échelle moléculaire, par exemple dans l'expression de certains gènes, mais également cellulaire. Les neurones, ces cellules qui sont schématiquement les canaux de transmission de l'information, peuvent se transformer en fonction des stimuli externes mais également durant la croissance. Ce processus de plasticité neuronale intervient à tout âge mais de façon plus importante lors des phases d'apprentissage, c'est-à-dire de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte. Ainsi, pendant l'adolescence, s'il y a rencontre avec les drogues, le cerveau, encore en transformation, est plus vulnérable aux molécules qui vont venir perturber son équilibre.

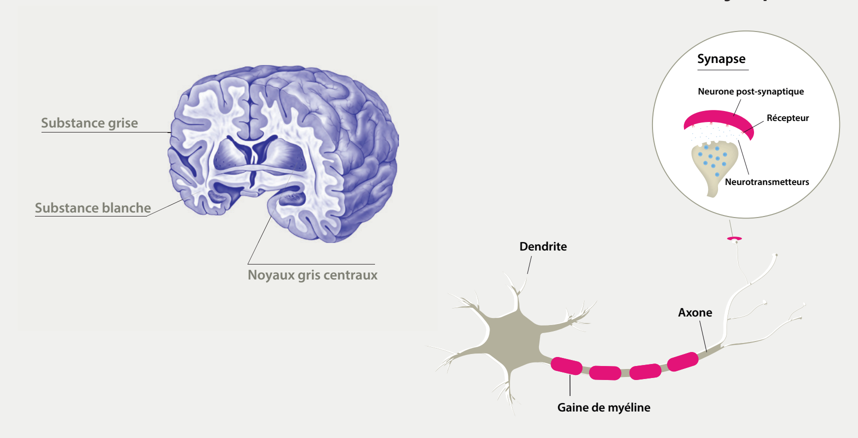
Les changements structurels, neurobiologiques et neurochimiques sont nombreux dans le cerveau des adolescents et jeunes adultes. Un des changements majeurs est la réorganisation entre la substance grise et la substance blanche. Alors que le volume et la densité de la substance grise vont diminuer à la suite d'une perte de connexions neuronales superflues (Jernigan *et al.* 1991 ; Ostby *et al.* 2009), le volume de substance blanche va quant à lui augmenter, conséquence d'un accroissement du diamètre des gaines de myéline qui entourent

Schématisation des structures du cerveau et du circuit neuronal du plaisir



Coupe frontale du cerveau

Le neurone et la synapse



Le circuit neuronal de la récompense et du plaisir est essentiellement formé des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV), du noyau accumbens et d'un faisceau de fibres reliant ces deux éléments. Cependant, d'autres systèmes sont impliqués dans la sensation de plaisir liée à la prise de produit ainsi que dans les mécanismes de l'addiction, comme le système opioïde ou les systèmes excitateur glutamatergique et inhibiteur GABAergique. Les drogues ont une action directe sur les récepteurs en lien avec ces systèmes, comme la cocaïne sur les neurones monoaminergiques (dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques), l'héroïne sur les récepteurs endogènes aux opiacés, le THC du cannabis sur les récepteurs aux endocannabinoïdes, la nicotine sur les récepteurs nicotiniques ou encore l'alcool sur les neurones GABAergiques. C'est pourquoi elles vont toutes activer le centre du plaisir et potentiellement entraîner un risque d'addiction.

les axones, permettant une plus grande vitesse de transmission des signaux primordiaux (Paus 2010). Ces modifications nécessaires au renforcement des connexions neuronales essentielles ont principalement lieu au niveau du cortex préfrontal, pariétal et des noyaux gris centraux qui jouent un rôle dans les fonctions exécutives, le traitement sensoriel et la motivation (Giedd *et al.* 1999 ; Sowell *et al.* 1999). Les différences de changements structurels entre la région sous-corticale impliquée dans les émotions et le système de récompense, ainsi qu'entre la partie du cortex jouant un rôle dans l'exécution des tâches et le système de contrôle des impulsions peuvent entraîner une augmentation du comportement de prise de risques (Casey *et al.* 2011 ; Smith 2013).

Au-delà de la vulnérabilité, une étude portant sur l'addiction chez l'adolescent a montré que, lors d'une stimulation (au jeu dans cette étude), la réponse du noyau accumbens (système stimulant) est plus forte que la réponse de l'amygdale (système inhibiteur). Il existe donc un déséquilibre entre stimulation et inhibition liées au plaisir chez l'adolescent (Ernst *et al.* 2005).

L'alcool chez les jeunes : des effets sur la santé à court et à long terme

De nombreuses études montrent que la consommation d'alcool pendant l'adolescence entraîne davantage de risques de neurotoxicité qu'à l'âge adulte. De plus, les jeunes se démarquent par une consommation d'alcool moins régulière que celle des adultes, mais plus importante lors d'une même occasion. Cette consommation rapide et importante d'alcool jusqu'à l'ivresse est connue sous le terme de *binge drinking*[1]. Des études ont montré des atteintes neurocognitives (déficit de mémorisation et dans les capacités d'apprentissage) chez les jeunes ayant des consommations massives et répétées, les filles étant plus vulnérables que les garçons (INSERM 2014). Ces consommations de quantités élevées d'alcool sont un facteur de risque important de troubles liés à la consommation d'alcool (Wells *et al.* 2004). Des études sur l'animal montrent par ailleurs qu'elles altèrent les mécanismes de la plasticité neuronale (Spear 2014). La consommation régulière d'alcool entraîne également une diminution du volume de matière blanche dans plusieurs régions du cerveau (Bava et Tapert 2010), dont l'accroissement est une étape importante du développement du cerveau chez l'adolescent. De plus, l'alcool agit sur de nombreux circuits neuronaux fortement impliqués dans le développement du cerveau à l'adolescence[2] (Paus *et al.* 2008 ; Spear 2014). Enfin, les consommations chroniques chez les adolescents, particulièrement lorsqu'elles sont très précoces, entraînent également plus de risques de développer des troubles de la consommation incluant la dépendance (Chassin *et al.* 2002). Le lien entre ces usages chroniques et des changements au niveau du noyau accumbens a pu être mis en évidence (Alaux-Cantin *et al.* 2013).

Au niveau somatique, les effets à long terme surviennent après des décennies si les consommations initiées à l'adolescence persistent à l'âge adulte.

1. Ce comportement est approché en épidémiologie par l'indicateur d'alcoolisation ponctuelle importante (déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion).

2. Plus particulièrement deux types de récepteurs, GABA et NMDA, liés respectivement aux systèmes inhibiteur et excitateur.

La consommation régulière d'alcool durant plusieurs années augmente le risque de développer de nombreux cancers, mais aussi des maladies cardio-vasculaires, une cirrhose et un diabète (Hall *et al.* 2016b). L'OMS a défini des niveaux de risques faibles correspondant à une consommation de quatre verres par jour chez l'homme et deux chez la femme (WHO 2000). Certains pays proposent des seuils plus stricts. Ainsi, les recommandations australiennes sont de ne pas boire plus de deux verres standards d'alcool par jour pour réduire les risques en lien avec l'alcool au cours de la vie. Enfin, il est fortement recommandé que les enfants de moins de 15 ans ne consomment pas d'alcool et, pour les jeunes entre 15 et 17 ans, de retarder l'initiation aussi longtemps que possible (NHMRC 2009). En France, les recommandations en matière de consommation d'alcool font encore l'objet de vives discussions (Belgherbi *et al.* 2015 ; HCSP 2009). Par ailleurs, une forte consommation d'alcool est associée à une augmentation du risque de suicide, particulièrement chez les jeunes hommes dépressifs. Le rôle causal de l'alcool, qui pourrait augmenter les comportements suicidaires impulsifs, est possible, même si l'usage d'alcool peut être secondaire à un état dépressif sous-jacent (Hall *et al.* 2016b).

Le tabac, un produit très addictif

La nicotine est considérée comme une des substances les plus addictives. Elle augmente l'activité neuronale au niveau du noyau accumbens et des régions liées au circuit de la récompense. Cet effet est en outre plus marqué chez l'adolescent que chez l'adulte (Shearman *et al.* 2008). Ainsi, des études ont montré que l'animal au stade adolescent est plus répondant aux tests permettant d'évaluer le potentiel addictif d'une substance[3] que les adultes (Torres *et al.* 2008). Par ailleurs, la consommation de tabac à long terme va affecter le système sérotoninergique, qui joue un rôle dans l'humeur et est particulièrement vulnérable au moment de l'adolescence, pouvant même impacter le circuit à vie (Slotkin et Seidler 2009 ; Slotkin *et al.* 2014). Il a ainsi été montré, chez l'animal, que la nicotine pouvait augmenter les états dépressifs lors du stade adolescent qui parfois ne peuvent être corrigés qu'à l'âge adulte par une consommation de nicotine ou un traitement par antidépresseurs (Iniguez *et al.* 2009). De plus, les jeunes qui consomment régulièrement du tabac et ont débuté avant 16 ans ont plus de risque de consommer d'autres produits psychoactifs (Hall *et al.* 2016b). Un test d'autoadministration de cocaïne chez l'animal au stade adolescent a montré que les sujets préalablement exposés, de façon chronique, à de faibles doses de nicotine appuyaient plus souvent sur le levier pour recevoir de la cocaïne que les sujets non exposés à la nicotine (McQuown *et al.* 2007).

Le tabac augmente le risque de nombreux cancers (notamment broncho-pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures), de maladies cardio-vasculaires et de maladies respiratoires chroniques (Hall *et al.* 2016b). Le risque de cancer broncho-pulmonaire est davantage déterminé par la durée de l'exposition que par la quantité de tabac fumé. Ainsi, s'il y a poursuite du tabagisme à l'âge adulte, plus la

3. Il s'agit du test de préférence de place conditionnée. Ce test, en deux phases, est réalisé dans un espace comprenant deux compartiments distincts visuellement pour l'animal. La première phase correspond au conditionnement de l'animal. C'est le moment où la prise de drogue est associée à un des compartiments. Puis, lors de la deuxième phase, l'animal est libre et le temps passé par celui-ci dans chaque compartiment est mesuré.

consommation a débuté tôt, plus le risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire précocement est grand. Bien que moins sévères, les effets à court terme, tels que le vieillissement accéléré de la peau, la mauvaise haleine, le jaunissement des dents, la diminution des performances sportives ou les troubles de l'érection, peuvent être perçus par les adolescents comme graves ou contraires à leurs attentes (INSERM 2014).

Effet du cannabis sur la santé des jeunes

Un risque accru de dépendance, de troubles psychotiques et cognitifs à l'adolescence

L'exposition au cannabis durant l'adolescence, même à faible dose, peut entraîner des troubles cognitifs avec des risques d'apparition de troubles psychiatriques. Il peut notamment avoir des effets négatifs sur le volume de plusieurs régions du cerveau (hippocampe, amygdale, cervelet, striatum, insula, pôle temporal, cortex préfrontal), mais aussi sur la connectivité neuronale et la matière blanche (Lisdahl *et al.* 2014 ; Wrege *et al.* 2014). À l'adolescence, la quantité de récepteurs cannabinoïdes présents dans la matière blanche du cerveau est nettement plus importante qu'à l'âge adulte, ce qui provoque une plus grande vulnérabilité des jeunes fumeurs (Zalesky *et al.* 2012). Une étude sur des fumeurs de cannabis a pu mettre en évidence que fumer plus tôt et plus fréquemment a un impact plus important sur les performances cognitives et favorise l'impulsivité (Gruber *et al.* 2011). L'exposition au cannabis dès l'adolescence peut donc altérer le développement du cerveau et induire des changements neuropsychologiques durables. Même si la plupart des personnes consommant du cannabis ne deviennent pas dépendantes, les adolescents ayant une forte consommation ont un risque accru de développer une dépendance par rapport aux adultes. D'autre part, comme chez les fumeurs de tabac, la consommation d'autres substances illicites est plus fréquente parmi les jeunes usagers réguliers de cannabis (Silins *et al.* 2014).

La plupart des effets à court et à long terme surviennent chez les usagers ayant une consommation régulière (George et Vaccarino 2015 ; INSERM 2014). Le risque de troubles psychotiques est plus fréquent parmi les usagers réguliers de cannabis à l'adolescence, notamment en cas d'antécédents personnels ou familiaux (Goldberger *et al.* 2010 ; Large *et al.* 2011). Cependant, le lien entre l'usage de cannabis et la schizophrénie reste controversé. Il pourrait résulter de multiples facteurs interagissant entre eux, parmi lesquels une causalité directe, des interactions entre les gènes et l'environnement ou l'usage du cannabis en automédication face aux premiers symptômes de la schizophrénie. Si le cannabis n'est ni nécessaire, ni suffisant au développement de la schizophrénie, il peut en précipiter la survenue (Volkow *et al.* 2016).

L'usage régulier de cannabis à l'adolescence est associé à des troubles de l'attention, de la mémorisation, de l'apprentissage, à l'échec scolaire et au décrochage scolaire (Volkow *et al.* 2016). La réversibilité des effets nocifs au niveau cognitif du cannabis chez l'adolescent est encore discutée (George *et al.* 2015).

Effets du cannabis sur l'appareil cardio-vasculaire, respiratoire et digestif

Les autres conséquences à long terme du cannabis sur la santé n'ont pas été étudiées de manière spécifique chez les usagers ayant débuté leur consommation à l'adolescence.

La consommation de cannabis favorise la survenue d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Concernant ces derniers, les sujets les plus jeunes avaient une quinzaine d'années dans plusieurs séries de cas (Singh *et al.* 2012 ; Wolff *et al.* 2013).

Les fumeurs réguliers de cannabis rapportent plus fréquemment des symptômes de bronchite chronique que les non-fumeurs. Le risque de cancer broncho-pulmonaire et des voies aérodigestives supérieures associé à l'usage de cannabis est moins établi, la consommation de tabac fréquemment associée à celle de cannabis étant un facteur de confusion majeur (Volkow *et al.* 2014).

Le syndrome cannabinoïde associant des épisodes répétés de douleurs abdominales et de nausées a été décrit chez les consommateurs chroniques de cannabis (Bajgoric *et al.* 2015).

Les effets des stimulants (cocaïne et MDMA)

Lors de la maturation du cerveau, le système dopaminergique est particulièrement vulnérable aux perturbations externes, avec des conséquences à long terme sur le comportement et les pathologies associées comme l'addiction ou les troubles psychotiques. Ce système est une des cibles des stimulants tels que la cocaïne, et des études sur l'animal ont montré que les rats adolescents étaient en effet plus fragiles face à la cocaïne que les rats adultes (Wong *et al.* 2013). D'autres études ont mis en évidence que l'activation du système de récompense dopaminergique lors de la prise de cocaïne était plus sensible chez l'adolescent (Spear 2011). Enfin, au niveau moléculaire, il a été observé que, lors de la consommation de cocaïne, l'expression d'une protéine impliquée dans la plasticité neuronale du noyau accumbens (centre du plaisir) était augmentée de façon plus importante chez l'adolescent que chez l'adulte (Ehrlich *et al.* 2002).

Concernant la MDMA, une diminution de la densité des neurones sérotoninergiques (cible principale de cette substance) et de la densité des transporteurs de ce neurotransmetteur dans l'hippocampe et le cortex cérébral a été démontrée (Kish *et al.* 2010 ; McCann *et al.* 1998). La perte de ces transporteurs, impliqués dans la mémorisation, est une des hypothèses de la diminution des capacités de mémorisation chez les usagers réguliers de MDMA (McCann *et al.* 2008). D'autre part, une étude chez 33 usagers de MDMA, dont un premier groupe a commencé à consommer entre 14 et 18 ans et un second groupe entre 18 et 36 ans, a révélé, à partir d'images en tomographie par émission de positrons de leurs cerveaux, que cinq ans

après la première exposition, la densité des transporteurs de la sérotonine était plus affectée chez les sujets du premier groupe que chez ceux du second. Cela montre que la MDMA, par son action sur le système sérotoninergique, va perturber différemment les cerveaux en développement et les cerveaux matures (Klomp *et al.* 2012).

La consommation de cocaïne expose à des complications cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, troubles du rythme et de la conduction cardiaque) (Phillips *et al.* 2009) ou neurologiques (accidents vasculaires cérébraux) (Buttner 2012) qui peuvent être graves, avec des conséquences parfois mortelles, même dès la première prise de produit. Différents liens entre troubles psychiatriques et usage de cocaïne ont aussi été établis. Les usagers de cocaïne, d'autant plus que leur niveau de consommation est important, ont de fortes prévalences de troubles dépressifs et de troubles anxieux (respectivement 63 % et 45 % chez les usagers dépendants) (Conway *et al.* 2006). La cocaïne, comme d'autres substances psychoactives, peut induire des épisodes psychotiques aigus qui débutent quelques heures après la prise du produit et s'arrêtent environ 24 heures après la fin de la consommation (Roncero *et al.* 2012).

La survenue d'effets secondaires graves liés à la MDMA est rare mais peut être fatale. Le principal effet secondaire aigu est le syndrome sérotoninergique lié au relargage important de sérotonine dans le cerveau. Il associe les symptômes suivants : hyperthermie avec sudation, agitation, tachycardie et tachypnée. Cependant, bien que commun chez les usagers de MDMA, ce tableau clinique peut évoluer en fièvre, hyponatrémie, confusion, rigidité musculaire et convulsions pouvant entraîner le coma, voire la mort si la prise en charge est trop tardive. La neurotoxicité est l'effet à long terme potentiellement le plus important, avec une possible altération de la mémoire à court terme (Gowing *et al.* 2002).

Les surdoses mortelles chez les jeunes

Parmi les 243 surdoses mortelles signalées dans le registre spécifique des Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) en 2014, un décès sur 4 est survenu chez un jeune de moins de 30 ans, et les trois quarts de ces jeunes étaient des hommes. Les substances en cause dans les surdoses mortelles sont principalement les opiacés licites ou illicites (méthadone et héroïne), puis la cocaïne. Enfin, bien que moins fréquents, des décès impliquant la MDMA/amphétamine ou le cannabis sont rapportés chaque année. Chez les femmes de moins de 30 ans, les opiacés sont presque exclusivement en cause (ANSM 2015). Chez les jeunes hommes, si les opiacés prédominent, des cas de décès impliquant la cocaïne et la MDMA/amphétamine sont aussi rapportés (ANSM 2015).



Alcool, cannabis et accidents de la route

La conduite sous l'influence de l'alcool augmente le risque d'accident d'un facteur 5 et, pour les jeunes âgés de moins de 21 ans, ce risque est multiplié par 27 (Peck *et al*. 2008). Le manque d'expérience en matière de conduite, conjugué à la consommation d'alcool, aboutit à un risque majeur d'accident chez les jeunes. Pour les conducteurs novices, le taux légal d'alcoolémie a été abaissé de 0,5 g/l à 0,2 g/l en juillet 2015 en France, équivalant à une interdiction de l'alcool au volant (voir carte p. 180).

Si le risque d'avoir un accident après avoir consommé du cannabis est multiplié par 2 (Hartman et Huestis 2013), l'association du cannabis à l'alcool conduit à un risque nettement supérieur, avec un facteur multiplicatif compris entre 11 et 14 selon les études (Biecheler *et al.* 2008 ; Hartman *et al*. 2013). En raison d'un nombre limité de conducteurs positifs aux amphétamines, à la cocaïne ou aux opiacés, l'enquête française Stupéfiants et accidents mortels (SAM) n'a pas permis de quantifier leurs effets propres sur le risque d'accident mortel (Laumon *et al*. 2011). Parmi les conducteurs positifs aux stupéfiants, près de neuf sur dix le sont au cannabis, un sur dix aux opiacés, un sur dix-sept aux amphétamines et un sur quarante à la cocaïne (Laumon *et al.* 2011).

Les adolescents sont particulièrement touchés par les accidents de cyclomoteurs et scooters : 38 % des 15-17 ans décédés sur la route en 2014 utilisaient ce mode de déplacement. L'alcool est souvent mis en cause dans ce type d'accidents : 32 % des cyclomotoristes impliqués dans un accident de la circulation étaient alcoolisés (ONISR 2015).

Parmi les 18-25 ans, 23 % des conducteurs impliqués dans les accidents mortels ont une alcoolémie illégale, contre 17 % tous âges confondus, et 22 % des 18-25 ans sont contrôlés positifs aux stupéfiants, contre 13 % de l'ensemble des conducteurs en 2014. Enfin, bien qu'ils ne représentent que 8 % de la population, les 18-24 ans contribuent à 17 % de la mortalité routière, première cause de mortalité dans cette tranche d'âge (ONISR 2015).

Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes

Éric Janssen, Stanislas Spilka

En France, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, représentant plus de 16 % des décès dans cette classe d'âge (source : CépiDc) (Observatoire national du suicide (ONS), 2016). Par ailleurs, en 2014, 10 % des adolescents âgés de 17 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année, contre 5 % parmi les adultes. Prévenir les actes suicidaires en repérant de manière précoce les adolescents les plus fragiles est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Parmi les principaux facteurs associés au suicide, la majorité des études soulignent les co-occurrences des troubles dépressifs et d'une consommation importante de substances psychoactives, en particulier chez les plus jeunes (Wilcox *et al.* 2004). Dans cette perspective, les enquêtes épidémiologiques telles que ESCAPAD et le Baromètre santé (voir Repères méthodologiques) offrent l'occasion de quantifier ce risque suicidaire parmi les adolescents et les jeunes adultes et d'en étudier le lien avec les troubles dépressifs et les usages de substances psychoactives.

Des différences hommes/femmes marquées

En 2014, un jeune de 17 ans sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, et près de 3 % avaient déjà fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide (TS) ayant nécessité une hospitalisation (tableau 1).

Les pensées suicidaires et plus encore les TS sont davantage le fait des filles. Elles sont en revanche relativement moins nombreuses que les garçons à avoir réitéré une tentative : parmi celles qui ont déjà fait une TS, 18 % déclarent l'avoir fait plusieurs fois, contre 30 % parmi les garçons. À 17 ans, environ la moitié des TS ont été commises avant l'âge de 15 ans (14 ans pour les garçons) et une tentative sur dix a eu lieu la première fois à 17 ans, c'est-à-dire dans l'année de l'enquête. Les pensées suicidaires sont bien plus communes en population adolescente que chez les jeunes

Tableau 1 - Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 17-25 ans (%)

	17 ans				18-25 ans			
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex-ratio	Garçons	Filles	Ensemble	Sex-ratio
Pensées suicidaires	7,5	13,3	10,4	0,57*	3,6	3,4	3,5	1,05 ns
Tentative de suicide[1]	1,7	3,8	2,7	0,45*	1,4	4,3	2,9	0,32*

[1] *Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation ; sex-ratio = % garçons/% filles.*

** : indique une différence statistiquement significative entre garçons et filles.*

Sources : ESCAPAD 2014 et Baromètre santé 2014 (INPES, exploitation OFDT)

adultes. Pour autant, le taux de TS est comparable (2,7 *vs* 2,9 %), avec un différentiel persistant en fonction du sexe (1,4 % des hommes et 4,3 % des femmes).

Suicide, dépression et usages

Les experts s'accordent sur l'attention à porter à la dépression et aux consommations de produits psychoactifs comme principaux facteurs associés au risque suicidaire (Fergusson *et al.* 2000). Outre des questions sur les consommations, l'enquête ESCAPAD intègre une échelle de dépression, l'Adolescent Depression Rating Scale (Revah-Levy *et al.* 2007), permettant d'estimer la part des adolescents présentant des signes plus ou moins sévères de dépressivité (on ne dispose pas de données similaires pour les jeunes adultes). En 2014, plus du quart des jeunes de 17 ans présentaient une tendance dépressive au moment de l'enquête (modérée pour 21 % et sévère pour 5 % d'entre eux), avec une surreprésentation des filles (32 %) par rapport aux garçons (20 %). L'association entre dépression et risque suicidaire se révèle particulièrement forte (tableau 2).

Ainsi, les adolescents présentant des troubles dépressifs disent également plus souvent avoir eu des pensées suicidaires : ils sont respectivement 21 % et 48 % à déclarer des pensées suicidaires parmi les adolescents présentant les signes d'une dépression modérée et sévère contre 5 % seulement parmi les autres adolescents. Ils sont respectivement 4,5 %, 13 % et 1,5 % à avoir fait une tentative de suicide (tableau 2). Enfin, les usages des adolescents de 17 ans apparaissent fortement associés à la fois à la dépression et au risque suicidaire (tableau 3). Un gradient marqué se dessine entre le niveau d'usage de substances psychoactives et le degré de sévérité de la dépression. Il en va de même pour les pensées suicidaires, systématiquement associées à des niveaux de consommation élevés, et plus encore pour les TS. Il convient de souligner que ces usages fréquents et intensifs ne sont pas des comportements isolés mais sont souvent associés : on parle alors de polyconsommation (voir chapitre « Les consommations », p. 30). Ces comportements, qui concernent 12,8 % de l'ensemble des adolescents, croissent significativement avec le degré de sévérité de la dépression et avec les pensées et tentatives de suicide en population adolescente, confirmant les résultats d'études préalables (Consoli *et al.* 2013 ; Du Roscoät *et al.* 2013b). Ce constat est aussi avéré, mais de manière plus modérée, chez les jeunes adultes (Legleye *et al.* 2010). Cependant, la nature de ces associations reste complexe : les données exploitées ici permettent de mesurer des forces d'association, sans qu'il soit toujours possible d'expliciter le sens et la nature du lien.

Tableau 2 - Trouble dépressif et suicide à 17 ans (%)

	Pas de dépression	Dépression modérée	Dépression sévère
Pensées suicidaires	4,7	20,7	47,4*
Tentative de suicide[1]	1,5	4,5	12,9*

[1] *Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation.*
** : indique une différence statistiquement significative.*

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Tableau 3 - Idéation suicidaire et usages de substances psychoactives[1] à 17 ans (%)

	Pas de dépression	Dépression modérée	Dépression sévère	Pas de pensées suicidaires	Pensées suicidaires[2]	Pas de TS	TS[3]
Tabac intensif (7,7 %)[4]	6,3	10,1	15,1*	7,1	12,7*	7,1	26,4*
API régulières (3,0 %)	2,8	3,5	3,9*	2,9	3,7*	2,8	7,11*
Dépendance au cannabis (8,4 %)[5]	6,2	11,2	15,3*	7,2	13,0	7,4	23,9*
Polyconsommations régulières (12,8 %)	11,4	15,7	17,8*	12,2	17,4*	12,3	27,4*

[1] Pour la définition des indicateurs de consommation, se référer à la page 205.
[2] Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.
[3] Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation.
[4] Rappelle la prévalence parmi la population adolescente âgée de 17 ans.
Lecture : 7,7 % de l'ensemble des adolescents sont des fumeurs intensifs, contre 15,1 % parmi ceux avec des signes de dépression sévère, au sens de l'Adolescent Depression Rating Scale (ADRS).
[5] La dépendance au cannabis est mesurée par le test de repérage CAST (voir Repères méthodologiques).
** : indique une différence statistiquement significative.*

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Conclusion

Si les facteurs évoqués ici peuvent apporter des éléments de compréhension, il convient de rappeler qu'un acte aussi complexe que le suicide ne se réduit pas à un seul déterminant, et relève d'une étiologie multifactorielle mêlant personnalité, situation familiale, scolaire ou professionnelle, et associé au lieu de résidence ainsi qu'au sexe (si les femmes tentent plus souvent un suicide, ce sont les hommes qui en meurent le plus).

De la même manière, les liens établis entre risque suicidaire et usages de substances chez les jeunes, loin d'être directs, sont fortement conditionnés par leur santé mentale.



Les jeunes et l'offre

4

L'accessibilité des produits

Cristina Díaz Gómez, Maitena Milhet, Agnès Cadet-Taïrou

L'accessibilité d'un produit dépend de plusieurs facteurs. Sa disponibilité ou sa diffusion constitue le premier élément. Un produit peut être très disponible s'il est aisément accessible sur le marché légal ou via les nouvelles technologies. Il peut être disponible également lorsqu'il est présent au sein de l'environnement proche (groupe de pairs, entourage). La capacité des consommateurs à pouvoir se le procurer effectivement ou l'effort à consentir pour y parvenir lorsque son accès est limité est l'autre condition. Un produit peut être très disponible car autorisé sur le marché, mais peu accessible parce que trop cher. Une substance illicite peut paradoxalement être considérée comme très accessible par un jeune à partir du moment où plusieurs personnes de son entourage (ami(e)s ou membre(s) de la famille) en consomment, s'il parvient à l'obtenir par des moyens détournés ou encore si elle lui est offerte ou s'avère disponible à un prix abordable sur un marché parallèle.

Alcool, tabac

Une accessibilité perçue en léger recul mais toujours élevée

La loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») du 21 juillet 2009 a instauré l'interdiction de vente des boissons alcoolisées et des produits du tabac à tous les mineurs. Pourtant, en 2015, ils étaient encore nombreux à déclarer qu'il leur serait facile ou très facile de se procurer de l'alcool ou du tabac s'ils le souhaitaient. L'enquête ESPAD montre ainsi qu'une majorité des jeunes scolarisés de 16 ans, qui ont consommé de l'alcool au cours du dernier mois, considèrent qu'ils n'auraient pas de difficulté à se procurer de la bière (81 %), du vin (59 %) ou des alcools forts (56 %). Parmi les fumeurs durant le mois précédant l'enquête, plus de huit sur dix (87 %) déclarent qu'il leur serait facile ou très facile de s'approvisionner en tabac s'ils le voulaient. Toutefois, la perception d'un accès facile à l'alcool et au tabac est moindre chez ceux qui n'en ont pas consommé récemment. La même année, seuls 42 % des jeunes de 16 ans qui n'ont pas consommé d'alcool dans le mois précédant l'enquête déclarent qu'il leur serait facile ou très facile de se procurer de la bière et 23 % des alcools forts. Parmi les non-fumeurs, 49 % considèrent que l'accès au tabac n'est pas difficile.

Par ailleurs, la part des jeunes de 16 ans qui trouvent facile ou très facile l'accès aux boissons alcoolisées et au tabac est globalement en recul et cette évolution est plus marquée parmi les non-consommateurs : entre 2007, deux ans avant l'adoption de la loi, et 2015, on observe chez les non-consommateurs d'alcool une baisse de 9 points pour la bière et même de 10 points pour les alcools forts, et chez les non-fumeurs, une chute de 12 points du sentiment d'accessibilité au tabac (données ESPAD 2007, 2015).

L'interdiction de vente insuffisamment appliquée

Cette forte accessibilité perçue est à mettre en lien avec une insuffisante application effective de la législation, d'une part, et des stratégies de contournement mises en œuvre par les adolescents pour obtenir les produits malgré tout, d'autre part. La vérification de l'âge du client au moyen de la carte d'identité apparaissait en 2012 comme une pratique limitée de la part des débitants, de même que les refus de vente (Díaz Gómez *et al.* 2013 ; Karsenty *et al.* 2013). De leur côté, les mineurs souhaitant se procurer de l'alcool ou du tabac ont recours à diverses stratégies, tout à fait banales à leurs yeux et qui s'avèrent opérantes. Parmi elles, demander à leurs amis majeurs (ou qui le paraissent) ou à leur entourage proche d'acheter à leur place constitue la pratique la plus habituelle. Mais ils peuvent aussi solliciter sur place un adulte qu'ils ne connaissent pas. Par ailleurs, ils savent repérer et se rendre en premier lieu chez les débitants qui ne respectent pas la loi. Cette grande facilité d'accès à l'alcool et au tabac décrédibilise aux yeux des mineurs la portée de l'interdiction (Milhet *et al.* 2013), alors même que cette mesure est efficace, à condition toutefois d'être massivement appliquée (Stead et Lancaster 2005 ; Wagenaar et Toomey 2002). Un dispositif de contrôle spécifique à cette interdiction est décisif pour en assurer l'impact en termes d'accessibilité et de prévalences (DiFranza *et al.* 2009 ; Feighery *et al.* 1991 ; Toomey *et al.* 1996). Le Plan gouvernemental 2013-2017 (MILDT 2013) et le PNRT (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes 2014) prévoient que l'habilitation de la police municipale à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics soit étendue à l'interdiction de vente aux moins de 18 ans (art. R. 15-33-29-3 du Code de procédure pénale).

Produits illicites

Concernant les drogues illicites, la question se pose différemment puisque non seulement leur vente mais également leur consommation sont interdites. Néanmoins, le cannabis apparaît à l'heure actuelle de plus en plus accessible, essentiellement via des dons. À 17 ans, en particulier, plus de six adolescents sur dix, consommateurs de cannabis dans le mois, l'ont obtenu gratuitement, les filles étant plus nombreuses encore dans cette situation (sept sur dix). Plus d'un tiers de ces usagers récents l'ont acheté personnellement (34 %), une petite minorité (2,5 %) consommant la substance issue d'une production personnelle (autoculture) (données ESCAPAD 2014).

Les usages importants de cannabis chez les jeunes sont à mettre en perspective avec le dynamisme d'une offre en expansion continue, notamment celle de l'herbe, plus facile à trouver en 2014 que la résine (Cadet-Taïrou *et al.* 2015a). La forte disponibilité du produit contribue ainsi à brouiller son statut aux yeux des jeunes usagers pour qui consommer du cannabis n'est pas considéré comme un délit, mais comme une pratique banale, a fortiori quand les consommations persistent au sein des générations plus âgées (Beck *et al.* 2015b).

Moins fréquemment consommées, d'autres substances illicites sont néanmoins très présentes dans une diversité d'espaces festifs fréquentés par un jeune public et sont accessibles à un prix abordable.

Il en est ainsi de la MDMA/ecstasy, deuxième substance illicite la plus consommée chez les 18-25 ans en 2014, devant la cocaïne (Beck *et al.* 2015b). Outre l'engouement dont elle fait l'objet (voir article « La MDMA », p. 48), la MDMA/ecstasy voit sa disponibilité garantie par une nouvelle forme d'offre qui s'appuie sur des micro-réseaux d'usagers-revendeurs et s'avère très difficile à démanteler pour les forces de l'ordre (Cadet-Taïrou *et al.* 2015a). Dans les espaces festifs dits « alternatifs », en particulier les free parties, fréquentés par une petite part de mineurs, une variété plus importante de substances est immédiatement disponible (voir chapitre « Consommations, pratiques et profils dans l'espace festif », p. 59). Les médicaments psychotropes, en particulier vendus sans ordonnance, comptent aussi parmi les substances facilement accessibles. Les jeunes peuvent en faire un usage détourné, y compris en dehors des espaces festifs (voir article « Les usages détournés de médicaments », p. 74).

Les jeunes dans les trafics de drogues illicites

Michel Gandilhon

Ces dernières décennies, le marché des drogues s'est considérablement développé en France, à mesure de l'augmentation des prévalences d'usage de substances illicites comme le cannabis et la cocaïne (Beck *et al.* 2015b), pour impliquer un nombre croissant de personnes. Ainsi, les statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) montrent qu'entre 1975 et 2015 le nombre d'interpellations d'usagers-revendeurs a été multiplié par plus de 20, tandis que celui des trafiquants locaux l'était par plus de 60[1]. L'appréhension de l'univers des trafiquants est une entreprise complexe, tant ceux-ci sont l'expression de dimensions extrêmement différentes. Quoi de commun en effet entre le petit revendeur de marijuana et le grossiste à la tête d'un réseau susceptible d'importer des tonnes de résine de cannabis ? Entre l'usager-revendeur alimentant un petit réseau de clients et le gérant d'un point de vente fréquenté quotidiennement par des centaines de personnes ? Ces situations contrastées n'empêchent pas toutefois de dessiner un portrait type des personnes impliquées dans les différents modes de trafics, et en particulier celles qui se trouvent le plus à proximité du consommateur final. Ces activités sont massivement le fait d'hommes jeunes, voire mineurs, et issus très majoritairement des classes populaires. En 2007, une analyse détaillée de l'OCRTIS (tableau 1), publiée dans son rapport annuel portant sur le profil des interpellés, faisait apparaître que l'âge moyen des trafiquants de cannabis s'élevait à 25 ans et que les hommes représentaient 93 % du total (OCRTIS 2008)[2].

1. De 1975 à 2015, le nombre d'usagers-revendeurs interpellés est passé de 804 à 17 506. Celui des trafiquants locaux, pour la période 1975-2010, de 154 à 9 249 (source : OCRTIS).

2. En 2007, une étude estimait le nombre de personnes impliquées aux différents stades des trafics de cannabis entre 65 000 et 140 000 (Ben Lakhdar 2007).

Tableau 1 - Répartition par âge des trafiquants de cannabis interpellés en 2007

Tranche d'âge	Nombre	% du total
Moins de 18 ans	1 277	9,7
18-20 ans	3 084	23,4
21-25 ans	3 958	30,1
26-30 ans	2 242	17,0
31-35 ans	1 210	9,2
36-40 ans	634	4,8
41 ans et plus	749	5,7
Total	**13 154**	**100**

Source : OCRTIS

Cette moyenne masque bien sûr des différences importantes et notamment la part non négligeable des mineurs dans les affaires concernant le trafic local et l'usage-revente. Ainsi, entre 1990 et 2010, ceux-ci représentent en moyenne 7,6 % des interpellés des affaires de trafic local (Amrous 2016).

En termes d'origine socio-professionnelle, plus de la moitié des interpellés se déclarent « sans profession » et près de 20 %, « ouvriers». Les nombreuses études sociologiques menées depuis une vingtaine d'années confirment la prédominance de ce type de profil (Faugeron 1999) même si la proportion des lycéens et étudiants n'est pas négligeable, puisqu'elle s'élève à plus de 13 %. Cette réalité statistique portant sur l'origine sociale doit cependant être nuancée, du fait des biais inévitables engendrés notamment par une activité policière qui tend à s'orienter vers les quartiers que l'on dit « sensibles » (Zurbach à paraître).

Le trafic local

Le trafic local, celui implanté notamment dans les banlieues périphériques des grandes métropoles françaises, permet d'illustrer ces différents constats. Dans un contexte économique et social marqué, pour les populations les moins qualifiées, par le chômage et la précarité, l'investissement dans le trafic de drogues peut constituer pour certains jeunes hommes une alternative à la désaffiliation et l'amorce de véritables « carrières » que les voies légales permettent moins (Kokoreff *et al.* 2007).

Aujourd'hui, l'entrée dans les trafics peut commencer très jeune, la stricte division du travail, du guetteur au revendeur, permettant à des individus de gravir les échelons, du poste le moins qualifié au haut de l'échelle (Lalam 2011). Les cités des quartiers du nord de Marseille, où de nombreux réseaux de revente de résine de cannabis (et de cocaïne) sont implantés, illustrent ces processus et le contexte socio-économique particulier dans lequel ils interviennent. Ainsi les quartiers situés dans les 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements de la ville se caractérisent par une présence démographique des moins de 25 ans plus importante que la moyenne (38 % *vs* 32 % à Marseille et 30 % en France), un taux de chômage des 15-24 ans pouvant atteindre 40 % et un niveau de pauvreté globale important (11 600 euros de revenu annuel médian *vs* 15 300 euros sur toute la ville) (Marseille Provence Métropole (MPM) et Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise – AGAM). De nombreux mineurs y commencent leur « carrière » dans l'espoir de grimper progressivement dans la hiérarchie des trafics. Les données policières et les observations ethnographiques montrent que l'entrée dans un réseau peut intervenir dès l'âge de 10 ans. Les jeunes sont recrutés comme main-d'œuvre à tout faire des guetteurs et des revendeurs. Ceux-ci devant rester de longues heures à leur poste, les plus jeunes sont chargés des menus services et font par exemple office de « coursiers » : « Dès 9-10 ans, ils vont apporter la cannette ou le sandwich sur le lieu de vente contre 1 ou 2 euros ou un paquet de bonbons et se sentent valorisés de participer à un trafic organisé par des grands » (Bartolomei 2012). Toutefois, l'investissement dans les trafics devient surtout significatif vers l'âge de 15 ans avec l'occupation des postes les moins qualifiés (guetteurs et livreurs) qu'offre la division du travail rigoureuse consubstantielle à la gestion de points

de vente importants. Les strates les plus élevées du réseau, « revendeurs » et surtout « gérants », sont occupées en général par des individus plus âgés (25-30 ans), ces postes nécessitant une « maturité », une autorité et des « compétences », liées notamment à la capacité à faire respecter une discipline de travail (Bibard *et al.* 2013).

L'ascension peut toutefois se révéler très rapide du fait de l'interpellation des trafiquants plus âgés. Ainsi, selon les observations des professionnels (chargés de prévention, policiers, magistrats) réalisées dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT à Marseille, l'augmentation des interpellations de revendeurs, voire de « gérants », conduit des mineurs à occuper des responsabilités plus importantes dans les trafics (Zurbach à paraître). En témoignent indirectement les processus de déscolarisation, qui peuvent concerner au collège et au lycée, dans certaines cités du nord de la ville, près de un jeune sur trois. La perspective de gagner de 80 à 200 euros par jour[3] (Weinberger et Lalam à paraître) pour faire le guet, dissimuler la drogue, approvisionner les points de vente (voir tableau 2) pouvant sembler de prime abord plus attrayante que celle de se projeter dans des études. De plus, cela intervient alors que la culture et l'investissement à long terme dans les études sont problématiques, du fait de la surreprésentation de familles peu dotées en capital scolaire (Bourdieu et Passeron 1994).

Néanmoins, ces choix fondés sur une forme de rationalité coûts/bénéfices sont largement illusoires, compte tenu de la probabilité d'être interpellé, voire de mettre en danger son intégrité physique dans un contexte où les règlements de compte tendent à augmenter[4]. Ce « libre arbitre » n'étant rien d'autre que l'expression court-termiste traduisant à la fois l'intensité du mimétisme et de la pression des pairs et la difficulté pour certains jeunes délinquants à s'extraire d'une culture de l'immédiateté (Cusson 2003). Les ascensions sociales permises par la criminalité sont en effet rares et comptent peu d'« élus ».

3. Estimations réalisées à partir de la saisie d'un carnet de comptes tenu par un trafiquant opérant pour le compte d'un réseau de revente implanté dans un quartier du nord de Marseille.

4. Après une vague au milieu des années 1980, les homicides tendent à ré-augmenter depuis la fin des années 2000, sans atteindre toutefois le même niveau d'intensité. Ils concernent des populations plus jeunes liées surtout aux trafics de résine et ne relevent plus seulement du milieu traditionnel corse et italien (Mucchielli 2013).

Tableau 2 - Rémunérations à la journée ou à la tâche

Fonction	Min.	Max.	Moyenne	Temps de travail
Guetteurs	80	100	90	8 heures
Vendeurs	100	200	150	8 heures
Chefs de vente	420	600	535	16 heures
Bras droit	1 100	2 200	1 450	À la tâche
Quasiment personne ne travaille à plein temps.				

Source : INHESJ

Dans la plupart des cas, celles-ci se traduisent par des achats de petits commerces de proximité voués à l'alimentation et à la téléphonie, voire des petits investissements à l'étranger. En matière de gains, il n'y a pas d'enrichissement pour tous dans le trafic.

Toutes ces réalités ne sont bien sûr pas spécifiques à la région marseillaise, et se retrouvent peu ou prou selon les mêmes modalités autour d'autres grandes métropoles comme Paris, avec la Seine-Saint-Denis ou les Hauts-de-Seine, ou la région lyonnaise par exemple (Kokoreff *et al.* 2007).

L'usage-revente et l'univers de la précarité

Les trafics de drogues en France ne sauraient se résumer aux trafics de cités. Les réseaux d'usagers-revendeurs, plus discrets et moins visibles, contribuent largement à la disponibilité des principales substances illicites, notamment dans les zones du territoire français les plus éloignées des grandes métropoles (voir encadré du chapitre « Urbanisation des territoires et disparités sociales », p. 155) (Gandilhon et Cadet-Taïrou 2015). L'importance de ce type de micro-réseaux est plutôt négligée en France, compte tenu notamment de leur nature plus discrète et moins propice à attirer l'attention des services de police et des grands médias que les trafics locaux implantés dans les banlieues des métropoles. Pourtant, dans certaines régions françaises situées dans les zones frontalières, les « trafics de fourmis », en provenance notamment de la Belgique et des Pays-Bas, ont un impact important sur l'offre et la demande[5]. Dans les régions françaises plus enclavées, où les usagers peinent à trouver de l'héroïne, ce sont les petits réseaux de trafics de buprénorphine et de sulfate de morphine qui permettent de pallier la pénurie (Cadet-Taïrou et Gandilhon 2014).

En 2004 et 2005, une étude menée sur des procédures portant sur des affaires d'usage et d'usage-revente de cocaïne a montré que le profil socio-démographique des personnes à leur tête n'est guère éloigné de ceux que l'on retrouve dans les trafics de cités : la quasi-totalité sont des hommes, plutôt jeunes, de 25 ans en moyenne, relevant dans leur écrasante majorité de milieux sociaux défavorisés marqués par la précarité (RMI, chômage, intérim) (Gandilhon 2007) ; une réalité qui semble n'avoir que peu évolué depuis, au vu des études ethnographiques menées dans le cadre du dispositif TREND.

5. En témoignent par exemple, dans le département de la Meuse, les fortes consommations d'héroïne qui ont cours, alimentées par une noria de petits réseaux.

Les jeunes face au commerce numérique des drogues

Magali Martinez

Ces dernières années, la structuration de l'offre et de la demande de drogues ont été largement transformées par le rôle croissant d'Internet. Parmi toutes celles accessibles par ce biais (drogues illicites, plantes psychotropes, médicaments, faux compléments alimentaires…), les premières substances concernées sont les nouveaux produits de synthèse (NPS). Les moins de 35 ans sont susceptibles d'être les plus touchés par l'offre de NPS, car ils sont à la fois les plus familiers d'Internet (Brice *et al.* 2015) et, en population générale, ceux dont les usages de drogues illicites sont les plus importants (Beck *et al.* 2015b). Les données disponibles sur l'expérimentation des NPS (Cadet-Taïrou 2016) et plus spécifiquement des cannabinoïdes de synthèse (Beck *et al.* 2015b) montrent que les usagers sont également majoritairement de jeunes adultes (moyenne d'âge de 28 ans).

À partir de différents travaux, et singulièrement du projet européen I-TREND[1] (voir Repères méthodologiques), il est possible de décrire la structure du marché en ligne dans les différents espaces numériques. Les stratégies commerciales mises en place pour approcher les consommateurs, notamment les plus jeunes, et fidéliser ceux qui font des commandes ont pu en particulier être étudiées.

En synthétisant l'ensemble des connaissances dans ce domaine, cet article décrit la diversité de l'offre en ligne et l'approche que peuvent en avoir les jeunes générations.

Internet est constitué de différentes strates qui se singularisent par leurs types de sites de vente en ligne, leurs offres de produits et leur accessibilité respective. Le web de surface est fréquenté par une grande part des utilisateurs, tandis que les zones immergées, le deep web et le dark web, requièrent de connaître les adresses des sites puisque ceux-ci ne sont pas référencés par les moteurs de recherche.

Ces deux derniers volets sont plus confidentiels (EMCDDA et Europol 2016a), mais plus souvent déclarés comme des espaces d'achats par les jeunes consommateurs (Cadet-Taïrou 2016), sans doute parce que leur usage d'Internet les rend plus aptes à y recourir que des usagers plus âgés.

Sur le web de surface : facilité d'accès et possibles initiations

Sur la zone la plus connue du grand public, l'internaute accède aux sites en utilisant les moteurs de recherche. Les consommateurs ayant au-delà de 35 ans déclarent plus souvent utiliser cette zone d'Internet pour acheter des substances

1. Programme financé avec le soutien de la Commission Européenne, NUMBER-JUST/2012/DPIP/AG/3641.



(Cadet-Taïrou 2016) que les plus jeunes, mais sa facilité d'accès peut cependant être un vecteur privilégié d'initiation pour des jeunes novices.

Le marché des drogues s'y concentre sur une offre de médicaments et de NPS. Cette activité de vente en ligne est essentiellement disponible en langue anglaise. Cependant, entre mai et novembre 2014, 112 sites de vente visant le marché francophone (livraison en France, traduction de qualité du site…) ont été identifiés. Environ un tiers d'entre eux étaient des sites-doublons, créés uniquement dans un objectif de visibilité (pratique dite du « Spamdexing »). À la fin de la période d'observation, 16 de ces sites avaient fermé (soit 14 %), illustrant le caractère très dynamique de ce marché.

Les serveurs des sites de vente recensés sont généralement implantés hors du territoire national, majoritairement dans des pays non-francophones mais frontaliers avec la France.

RC shops et sites commerciaux

Deux types de sites coexistent sur le web de surface. D'abord les *RC shops*[2] qui, par leur graphisme neutre, ont une apparence sérieuse. Ils emploient presque exclusivement les noms chimiques des produits, utilisent les dessins de leurs structures moléculaires pour les présenter et ne les proposent quasiment qu'en poudre. Ils s'adressent à des publics expérimentés, tels que les e-psychonautes (voir article « Les e-psychonautes », p. 70), qui ont des connaissances sur les NPS et sur les dosages d'utilisation.

Les sites à l'apparence plus commerciale se répartissent entre les smart shops (offre très variée), les *head shops* (vente et production de marijuana) et les *herbal shops* (offre proche d'une herboristerie).

Parfois adossés à des magasins physiquement implantés dans un pays de l'Union européenne, ce type de magasin s'adresse particulièrement aux plus jeunes en mettant en avant des produits présentés comme naturels et faiblement psychoactifs (champignons, salvia…) ou encore des produits dérivés autour du cannabis (T-shirt, livre, matériel pour sa consommation, etc.) (Hillebrand *et al.* 2006). Au sein de cette offre, les NPS se dissimulent le plus souvent derrière des noms commerciaux, des emballages attrayants et avec des formes familières pour le consommateur, comme l'herbe, la résine ou des pilules.

En France, les sites identifiés se partagent de manière assez homogène entre les trois grandes catégories identifiées: 33 % de *RC shops*, 28 % de *smart shops*, 28 % de *head shops* et 11 % d'« autres » types (pharmacie, grossistes….). Cette répartition est proche de celle observée durant le projet

2. L'acronyme RC (Research Chemicals) fait référence à la mention en anglais apposée sur les emballages des produits, les présentant comme impropres à la consommation humaine et destinés à la recherche. Elle est utilisée par les vendeurs et une part des consommateurs pour parler des NPS.

I-TREND en République tchèque. Les deux pays ont la particularité d'avoir la part la plus importante de leur offre dédiée aux produits naturels. Par ailleurs, l'un comme l'autre se caractérisent par des niveaux d'expérimentation du cannabis chez les jeunes de 16 ans parmi les plus élevés en Europe (voir chapitre « La consommation en Europe à l'adolescence », p. 165).

Une proximité avec les codes usuels de l'achat en ligne

L'analyse qualitative des stratégies de marketing des sites les plus populaires témoigne d'un professionnalisme certain, l'objectif étant de fidéliser les clients, en proposant notamment des outils de communication proches des outils utilisés par un jeune public, tels que les réseaux sociaux. Selon les sites, le consommateur-client peut échanger par messagerie instantanée avec l'équipe chargée de la revente (en anglais). Que le site soit commercial ou non, il dispose de son compte, a accès à des promotions, des points de fidélité, des propositions personnalisées, un suivi des livraisons et un service après-vente en cas de non-réception ou de problème lié à la commande. Enfin, il arrive également que des « cadeaux », parfois des substances non présentées sur le site, soient envoyés avec la commande.

Entre merchandising et éducation aux moindres risques

Par rapport aux sites de vente répertoriés dans d'autres pays, l'offre francophone commerciale se caractérise par un merchandising[3] moins prononcé des produits. Malgré leur présentation visuelle en ligne très soignée, à la réception, ces derniers sont simplement emballés dans des pochons plastique, comme lors d'achats sur des *RC shops*. Le consommateur se trouve confronté à un produit qui visuellement se présente de façon moins sécurisante que son image en ligne, où il ressemble davantage à un produit manufacturé, avec toutes les normes que ceci suggère. Certains sites parmi les plus commerciaux envoient à leur client un courrier électronique automatique après leur achat, le dirigeant sur un second site, vers des notices d'information pour chaque produit commandé. Le consommateur-client est averti des risques liés à l'usage des substances, dans des termes proches de ceux de la Réduction des risques et des dommages (RdRD) en addictologie (effets indésirables, dosages, modes de consommation).

La transmission automatique de ce type de message lors de l'achat permet de cibler et sensibiliser les personnes les plus concernées par une prise de risques immédiate. Elle est cruciale envers les jeunes consommateurs qui, contrairement à leurs aînés, n'ont pas été exposés durant les années 1980 et 1990 à la diffusion massive de ce type de message à propos des drogues (du fait conjointement de la prévention du sida et de la circulation de comprimés d'ecstasy sur la scène techno). Cette disposition prise par les vendeurs conduit donc à la fois à faire connaître les produits et à pallier le décalage entre leur accessibilité et le niveau de connaissances supposé pour l'utiliser à moindre risque.

3. Le terme merchandising est ici utilisé pour souligner que l'effort commercial va au-delà du marketing (publicité et conditionnement du produit). Il désigne l'utilisation combinée de tous les moyens, techniques ou études pour que le produit soit mis en scène.

Les zones immergées d'Internet

Les moins de 25 ans sont deux fois plus nombreux que les plus âgés à recourir au deep web (Cadet-Taïrou 2016), ce qui constitue sans doute le signe d'une pratique générationnelle susceptible de poursuivre son développement.

Le deep web

La commercialisation des drogues via le deep web revêt des configurations diverses qui s'apparentent parfois au web de surface et peuvent aussi être assimilées aux pratiques du dark web. Il constitue une zone grise entre ces deux principales strates de l'Internet.

Ces sites peuvent sur le web de surface afficher une activité légale, telle que la vente d'herbe à chat, d'engrais (Van Hout et Brennan 2011), des produits d'entretien de moteurs (Giannasi *et al*. 2012), du matériel de laboratoire ou de cuisine. Les consommateurs connaissent ces sites par le bouche-à-oreille. D'autres sites signalent leurs activités, mais leurs produits ne sont pas visibles. Pour accéder à l'espace de vente, le consommateur doit être invité par un tiers et obtenir un code.
Parallèlement à la vente même, la fonction des réseaux sociaux peut aussi être détournée pour mettre en lien les acheteurs et les vendeurs (Pfau et Pequart 2015).

Le dark web

Le dark web, partie du deep web qui porte sur des activités illégales, mobilise des réseaux superposés à Internet, encrypte les communications, n'utilise pas de noms de domaines (.fr, .org, .us) enregistrés officiellement ; les transactions se font avec des monnaies numériques.

La vente se fait essentiellement sur des « marchés », plates-formes mettant en lien dealeurs et acheteurs, plus rarement sur des sites de vendeurs isolés. Comme sur un site généraliste, la réputation des vendeurs est déterminante pour que les transactions aient lieu. Leur capacité à fournir des garanties sur le contenu de leur produits, tel que le résultat d'analyse chimique est une preuve importante pour les consommateurs (Ormsby 2016). Les produits vendus le plus souvent sont des drogues classiques (héroïne, cocaïne, LSD, MDMA), mais les NPS et les médicaments psychotropes sont aussi proposés (EMCDDA *et al.* 2016a).

Dans cette zone essentiellement anglo-saxonne, les premiers marchés francophones sont apparus entre fin 2013 et début 2014. Les douanes ont constaté leur existence en remarquant le transit par voie postale de petites quantités de drogues illicites, alors que cette pratique n'était auparavant observée que pour les NPS. En mai 2016, vingt-quatre marchés dont deux francophones étaient indiqués comme étant en activité[4].

4. Recensement réalisé le 11/05/2016 sur https://www.dnstats.net.

Perspectives

L'offre en ligne constitue un défi pour les autorités, car sa complexité, sa rapidité d'évolution et d'adaptation interrogent l'adéquation des moyens de lutte habituels (de Montgolfier et Dallier 2013 ; EMCDDA *et al.* 2016c). Jusqu'à récemment par rapport à d'autres pays, la France a été moins concernée par des drames ou des incidents médiatiques concernant les jeunes et la consommation de NPS, notamment du fait des cannabinoïdes de synthèse (Pion 2015)[5].

Plusieurs éléments concourent à cette situation. D'abord, l'absence de magasins physiques de types *smart shop* ou *head shop*, sur le territoire, comme on en rencontre par exemple en Angleterre ou aux Pays-Bas, évite la diffusion des formes commerciales des NPS par une vente dans des lieux quotidiens (stations-service, supérettes…). Par ailleurs, l'offre en ligne à destination du marché francophone est plus familière de la culture de l'e-psychonautisme que celle d'autres pays (voir article « Les e-psychonautes », p. 70). Or ce courant promeut une responsabilité individuelle dans la prise de risque, la recherche d'information sur les produits et un comportement vis-à-vis des drogues proche de la RdRD. L'offre est soit réservée à un public connaisseur, soit faussement présentée comme naturelle, mais elle est rarement faite par des sites proposant exclusivement des NPS sous leurs formes commerciales, comme c'est le cas pour le marché anglophone et polonais. En conséquence, la véritable identité de ces produits est moins perceptible que dans d'autres pays.

Les forums francophones sont le dernier élément participant à limiter la diffusion des NPS commerciaux. À l'inverse de ceux étudiés dans certains pays, ils découragent l'utilisation des noms commerciaux, en prévenant que rien ne peut être affirmé sur la nature de leur contenu, et n'autorisent pas la citation des noms de vendeurs.

Si ces éléments contribuent à limiter la diffusion des NPS auprès des plus jeunes, l'importance et la diversité de l'offre en ligne sont dorénavant un aspect pérenne du marché des drogues. Les nouvelles générations de consommateurs seront sans doute plus informées de l'existence de ces produits. La facilité de leur accès via Internet est un enjeu, mais celui de l'information est tout aussi important car le Web est aussi l'outil permettant aux plus jeunes de se renseigner sur les drogues en général et sur les NPS en particulier (Cadet-Taïrou 2016 ; Le Nézet et Spilka 2014a ; TNS Political & Social 2014).

L'acquisition d'informations sur un produit tendant à modifier les représentations à son sujet et la perception de sa dangerosité (Brewer 2003), il est important que les pouvoirs publics accompagnent cette facette de l'évolution du champ (Benso 2016 ; Le Garjean et Vivier-Rousselot 2014).

5. Haute-Savoie : six adolescents intoxiqués par du « cannabis de synthèse », Midi Libre, 13/03/2015.

Le marketing en faveur des alcools et du tabac en France

Carine Mutatayi

Le marketing en faveur du tabac ou de l'alcool est un facteur environnemental majeur de l'initiation ou de l'intensification des usages chez les adolescents (Brown *et al.* 2012 ; INSERM 2014). En France, le législateur a instauré en la matière une réglementation parmi les plus restrictives au monde, afin de préserver la population, en particulier les jeunes, d'une incitation organisée à consommer (voir chapitre « Le cadre légal », p. 124). En cela, la loi Évin (loi du 10 janvier 1991) a marqué un tournant, imposant une régulation étendue sur la publicité, la composition et le conditionnement des produits, au nom de la santé publique. S'agissant des alcools, leur ancrage culturel, les enjeux économiques et le lobbying des producteurs relayé par certains parlementaires ont permis pour ces produits d'importants assouplissements et un régime légal plus malléable que pour le tabac.

Ainsi, si les ficelles promotionnelles employées par les deux secteurs demeurent comparables en bien des aspects, elles sont plus aisément contraintes ou rejetées par les tribunaux s'agissant du tabac. Au demeurant, les industriels des deux filières s'attachent à exploiter toute ouverture laissée par les restrictions légales pour promouvoir leurs produits, avec en ligne de mire des publics jeunes et féminins.
Les principaux leviers sont examinés ici, en comparant ce qui relève de l'alcool et du tabac, avec aussi en perspective quelques éléments sur l'exposition des jeunes à ce marketing et son impact en termes de consommation.

La publicité à géométrie variable

La publicité pour les produits du tabac et de l'alcool est limitée dans sa forme et son contenu, avec pour principe général l'interdiction de messages laudatifs ou incitant à la consommation. Le tabac s'est vu imposer une interdiction stricte de publicité, interdiction qui, en 2016, s'étend à l'enceinte même des débits de tabacs et des points de vente (loi du 26 janvier 2016). En revanche, la publicité pour les boissons alcoolisées est assujettie à un régime d'exception : elle est interdite sauf pour les thèmes et médias stipulés par la loi, ce qui proscrit tout support non spécifié mais offre néanmoins de vastes possibilités promotionnelles.

Les adolescents sont touchés via les affichages et communications dans les espaces publics, les médias virtuels et ceux consacrés aux adultes. Ils demeurent largement exposés à la publicité pour les boissons alcoolisées diffusées chez les distributeurs (INSERM 2014). Selon l'enquête ESPAD 2015, en France, à 16 ans, quatre adolescents sur dix sont exposés au moins une fois par semaine à une publicité ou une promotion sur les produits alcoolisés dans un supermarché (Gallopel-Morvan *et al.* 2016). La publicité perçue par les jeunes est véhiculée autant par les affichages et les offres promotionnelles que par les stratégies d'emplacement (facing) dans les points de vente (près des caisses, des jus de fruits, etc.) ou l'attractivité des emballages.

Les fabricants (tabac ou alcool) ont de plus en plus recours à Internet – réseaux sociaux, blogosphère, sites de partage de vidéos marketing viral, etc. Or cet espace virtuel est relativement peu contrôlé, rendant accessibles une multitude de contenus, dont certains élaborés à l'étranger sont régis par des règlementations plus permissives qu'en France.

La loi Évin prohibe la publicité indirecte envers tout service, activité ou produit

rappelant un produit du tabac – que ce soit par son graphisme, son aspect, une dénomination ou un signe distinctif –, mais elle l'autorise sur des objets strictement réservés à la consommation de boissons alcoolisées. Néanmoins, de nombreux objets dérivés ont pu être proposés à la vente ou fournis à titre gracieux, participant à la visibilité des produits et à leur banalisation. Certains ont cessé de circuler à l'issue de condamnations judiciaires (stylos, briquets, vêtements, accessoires, agences de voyages etc.).
Face aux manquements à la loi en matière de marketing, ce sont des acteurs associatifs qui se constituent partie civile devant les tribunaux et intentent les actions en justice.

Le packaging, une clé de communication
Les supports de publicité étant contraints, le packaging des contenants (paquets, bouteilles, cannettes…) devient un vecteur crucial de communication (Gallopel-Morvan *et al.* 2012 ; Gallopel-Morvan 2013). Logos, couleurs, visuels et formes sont autant de moyens pour attirer l'attention, stimuler l'achat et cibler certains segments de consommateurs (Gallopel-Morvan *et al.* 2015).

Les industriels développent ainsi des opérations de séduction à l'égard des publics jeunes à travers des emballages qui réfèrent à des personnages particulièrement prisés (historiques ou fictifs) ou qui ont un aspect original ou ludique (phosphorescents, avec bloc-notes, rose « bonbon », etc.). Il s'agit souvent de séries limitées, parfois rattachées à des événements sportifs ou cinématographiques ponctuels, le caractère exceptionnel de l'initiative renforçant son attractivité.

Des produits visant les femmes ont également été commercialisés, avec emballages aux couleurs attrayantes référant à des accessoires ou attributs féminins (étui de rouge à lèvres, dessin dentelles), à des marques « couture », par des accords de licence, ou autres mentions positives, symboles de mode et de minceur (arôme, frisson, Saint-Valentin, superslims, allure, corset, etc.) (Gallopel-Morvan *et al.* 2015). Certains de ces artifices semblent particulièrement orientés vers les (très) jeunes femmes dans le choix des graphismes et des couleurs.

Certains de ces cas portés devant les tribunaux ont été assimilés à de la publicité et ont été interdits au titre de la loi Évin. Ces exemples illustrent l'enjeu de la normalisation du paquet de tabac, adoptée par la France en 2016, démontrée comme un frein à la consommation selon des études françaises et étrangères (voir article suivant).

Des gammes pour tous les goûts et les couleurs

Les industriels du tabac et de l'alcool diversifient leurs gammes avec des saveurs qui, en parfumant et en adoucissant l'amertume des produits originels, réduisent la perception de dangerosité et attirent davantage une clientèle jeune ou féminine (INSERM 2014). À titre illustratif, les cigarettes « bonbons » marient le tabac à des arômes sucrés, acidulés ou fruités. En 2009, elles ont été proscrites au-delà d'une certaine teneur en éthylvanilline (loi HPST du 21 juillet 2009), mais les industriels ont pu partiellement contourner cette contrainte en recourant à des concentrations moindres ou à d'autres arômes. En janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé consolide l'interdit en prohibant toutes cigarettes « ayant une odeur ou un goût clairement identifiables avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac », telles que les cigarettes mentholées, qui doivent avoir totalement disparu des étals en 2020. Au demeurant, l'adjonction d'arômes est fréquente dans la confection d'alcools aux accents fruités ou de sodas alcoolisés (prémix).

Les industriels tentent aussi de fournir des articles financièrement plus accessibles, voire plus pratiques grâce à de plus petites ou de plus grandes unités de conditionnement : citons les bouteilles, cannettes ou packs de taille réduite, comme les paquets de moins

de 20 cigarettes qui, eux, ont été interdits en 2005 (article 46 de la loi du 26 juillet 2005) ou, à l'inverse, les paquets géants de tabac à rouler, bien plus économiques. Aujourd'hui, l'instauration d'un prix minimal par unité de vente de boissons alcoolisées (bouteilles, cannettes…) est un enjeu politique fort au plan européen.

L'image de marque : mécénat, sponsoring

Le corporate marketing vante les valeurs et missions d'une entreprise en intégrant plusieurs approches pour entretenir ou façonner son image. Le mécénat en faveur de projets caritatifs, scientifiques ou culturels (soutien à différents musées ou expositions) en fait partie.

Le soutien à des organismes, fondations ou réseaux de recherche français a aussi cours afin d'illustrer la responsabilité des compagnies quant à la dangerosité de leurs produits mais interroge également sur la volonté d'opposer un argumentaire face aux alertes des experts et autorités de santé. À ce titre, par le passé, des notifications internes de la compagnie Philip Morris International avaient témoigné de ce que pouvaient être aussi les intérêts des fabricants dans la recherche : *« Si nous ne faisons rien rapidement pour projeter l'image de responsabilité de l'industrie, nous allons voir venir de sévères restrictions du marché. Celles-ci vont également ouvrir la voie à une législation ou à un règlement sévère là où les adultes sont autorisés à fumer »* (Vice-présidente de Philip Morris, Ellen Merlo, 1995). Sont aussi constitués et financés par les producteurs des dispositifs qui se positionnent sur le champ de la prévention, tels que l'association professionnelle « Avec modération ! » ou des actions vers les jeunes.

Alcooliers et industriels du tabac soutiennent, financièrement ou matériellement, des événements culturels et sportifs (festivals musicaux, compétitions, etc.), contre l'affichage publicitaire de la marque. Ce sponsoring permet de gagner en notoriété et de rattacher les valeurs des événements à leur image de marque. Lorsque ceux-ci sont retransmis (à la télévision, sur Internet), l'affichage de ces marques s'apparente, dans son mécanisme, à du placement de produits.

Dans un autre registre, les alcooliers négocient des tarifs avantageux de boissons avec les organisateurs de soirées, notamment de soirées étudiantes, voire des services annexes comme la mise à disposition d'hôtesses – susceptibles d'encourager les consommations – ou de produits dérivés.

Le placement de produits, un classique du cinéma

Nombre de longs, courts-métrages ou vidéoclips valorisent des marques de produits de l'alcool ou du tabac, contre paiement ou rétribution contractualisés. Ce procédé, dit « placement de produits », est un levier de communication sur l'image des marques, particulièrement puissant auprès des jeunes. L'exposition à des références positives au tabac ou à l'alcool peut être récurrente, selon les supports : vidéoclips, jeux vidéo, séries télé, etc.

En 2015, selon l'enquête ESPAD, environ un tiers des adolescents de 16 ans notent la présence d'une marque d'alcool dans un film une à deux fois par mois et un tiers d'entre eux l'observent plus souvent, une à plusieurs fois par semaine. Parmi les 180 films français les plus visionnés de 2005 à 2010 (les 30 premiers du box-office, chaque année), 80 % font apparaître des produits du tabac à raison de 2,4 minutes en moyenne, soit l'équivalent de cinq spots publicitaires. Quatre sur dix mettent en scène des personnages qui fument dans des contextes interdits par la loi comme des lieux publics ou de travail (Ligue contre le cancer 2012). En 2013, le journal britannique *The Telegraph* dénonçait le saut des ventes mondiales d'une marque de cigarettes concomitant à son apparition ré-

currente dans la série télévisée *Mad Men* : 33 milliards de paquets écoulés en 2012, soit 10 milliards de plus qu'en 2007, année de la première diffusion de la série.

L'aubaine de la promotion « extérieure »

Parallèlement aux stratégies de marketing organisées par les industriels, diverses formes présumées indépendantes participent de la promotion des produits.
Entrent dans ce champ les apparitions de la cigarette, de boissons alcooliques ou de comportements de consommations (y compris illicites) qui se font en dehors de tout contrat avec les industriels dans les œuvres cinématographiques, audiovisuelles ou jeux vidéo.

Les contenus promotionnels créés par des particuliers, notamment en faveur de boissons alcoolisées, sont une manne pour les alcooliers, en plein essor avec le *community management* via les réseaux sociaux (Critchlow *et al.* 2016). De plus, ces contenus autogérés par des internautes, informels, échappent à toutes les formes de régulation imposées aux annonceurs et producteurs en France.

Des produits de consommation courante peuvent aussi contribuer à banaliser l'alcool ou le tabac. Alors que la cigarette en chocolat dans son papier blanc et orange a disparu des échoppes dans le sillage de la stratégie de « dénormalisation » et par interdit de la publicité indirecte, des chewing-gums à l'apparence de cigarettes ont fait leur apparition. Des breuvages imitant des boissons alcoolisées festives ou portant le nom de cocktails alcoolisés populaires figurent en bonne place dans les rayons des jus de fruits ou des sodas des supermarchés, participant à une certaine banalisation auprès des très jeunes.

L'impact du marketing sur les usages

De nombreuses études s'accordent sur l'existence d'une relation de type dose-effet entre l'exposition à la promotion des boissons alcoolisées et l'initiation de la consommation ou les abus, justifiant des actions pour restreindre cette communication vers les plus jeunes (Anderson *et al.* 2009 ; Smith et Foxcroft 2009). Lorsque des mineurs notent la présence de publicités auxquelles ils sont exposés via le Web ou les réseaux sociaux, cela est positivement corrélé à des perceptions et attentes favorables envers l'alcool ainsi qu'à la consommation (Hoffman *et al.* 2014 ; McClure *et al.* 2013). L'emploi de la voie digitale mérite de plus amples investigations compte-tenu de son attractivité auprès des publics jeunes.

L'exposition à des films mettant en scène des boissons alcooliques semble corrélée à l'initiation des consommations d'alcool et la progression vers une alcoolisation intensive (*binge drinking*) chez les jeunes (Sargent *et al.* 2006). Une étude portant sur 6 522 jeunes Américains de 10 à 14 ans a montré que, en deux ans, ceux qui voient fréquemment des boissons alcoolisées dans les films ont 2,1 fois plus de risque d'expérimenter l'alcool (95 %, IC [1.8-2.6]) que les adolescents moins exposés. Le ratio est de 1,6 (IC [1.2-2.2]) s'agissant des alcoolisations intensives (Stoolmiller *et al.* 2012). La même enquête révèle que les adolescents exposés à des films avec fumeurs ont 2,6 fois plus de risque de s'initier à la cigarette que les autres (Sargent *et al.* 2005).

Au final, la cohérence et la constance du discours public et des restrictions réglementaires relatives au marketing du tabac ont contribué à poser les jalons d'une « dénormalisation » de la cigarette et à contenir les louvoiements promotionnels. S'agissant des alcools, les fluctuations entre ouvertures et renforcements règlementaires, parfois au sein d'un même texte, brouillent la compréhension du cadre de contrôle du marketing et érode sa capacité à protéger les jeunes des incitations commerciales, malgré leur impact avéré.

Le paquet neutre peut-il être efficace pour lutter contre le tabagisme des jeunes en France ?

Aurélie Lermenier-Jeannet

Vingt-cinq ans après le vote de la loi Évin (loi du 10 janvier 1991), et malgré un cadre législatif restrictif, la France compte encore près de treize millions de fumeurs (OFDT 2015). C'est à l'adolescence que commence et s'installe le tabagisme : à 17 ans, près de sept jeunes sur dix ont expérimenté la cigarette et un tiers fument déjà quotidiennement (voir chapitre « Les consommations », p. 24), des proportions qui évoluent peu par la suite. Afin de retarder et même d'éviter cette entrée des plus jeunes dans l'usage, et de réduire la prévalence tabagique, le gouvernement a lancé en 2014 un Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes 2014). Parmi ses dispositions, l'instauration du paquet neutre standardisé (PNS) apparaît comme la mesure phare, préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT)[1]. Grâce à la loi de modernisation du système de santé (loi du 26 janvier 2016), qui transpose en droit français la directive européenne « tabac » (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne 2014), le PNS a été mis en place à partir de mai 2016, avec une application complète en janvier 2017.

Le paquet, un espace privilégié de publicité

Même s'il comporte depuis 2003 les mentions sanitaires obligatoires, le paquet de cigarettes (ou de tout autre type de tabac), « marketé », constitue pour l'industrie du tabac un support de publicité gratuite mais très efficace car amplement répétée. Ceci est d'autant plus vrai dans les pays comme la France où la publicité directe du tabac (affichage, spots télévisés, etc.) est interdite : c'est alors le dernier espace encore disponible pour les marques pour créer un univers et attirer de nouveaux consommateurs, en premier lieu les jeunes (Wakefield *et al.* 2002). Les couleurs, les images évocatrices de la fête, du naturel (« 100 % tabac », « sans additif »…), de la mode, de la rébellion (Che Guevara, mouvement rasta)…, les « expériences tactiles », les jeux avec les paquets, etc. : tout ce qui peut être attirant pour un adolescent est utilisé pour « accrocher » le jeune consommateur et le fidéliser à la marque de cigarettes ou de tabac à rouler. Ces outils de marketing ciblent très spécifiquement les jeunes, plus sensibles aux accroches publicitaires et aux phénomènes de mode, tout comme les cigarettes convertibles (une capsule sur le filtre permettant de passer d'un goût classique à un goût mentholé). Ces dernières sont désormais interdites depuis la loi de modernisation du système de santé, bien que les cigarettes mentholées disposent en fait d'un délai supplémentaire, jusqu'en 2020.

Le paquet neutre standardisé, un espace privilégié de prévention

Qu'est-ce que le paquet neutre standardisé (PNS) ?

Le PNS se présente comme un conditionnement normalisé en termes de dimensions, de couleur (monochrome et peu attractive) et de dénomination, et dont la typographie est strictement identique d'une marque à l'autre. Il est doté des mentions sanitaires obli-



1. Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 pour la lutte anti-tabac : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/ [accédé le 20/07/2016].

gatoires (textes et images) qui, en France comme dans les autres pays de l'Union européenne, occupent maintenant 65 % de la surface totale du paquet (contre 30 % de la face avant et 40 % de la face arrière auparavant). Si la directive européenne du 3 avril 2014 régit la forme et les messages de ces avertissements sanitaires visuels, elle laisse chaque État libre d'adopter le PNS, ce que la France a décidé de faire.

Quelle peut être son utilité ?

De nombreuses études, principalement issues de pays anglo-saxons (Moodie *et al.* 2012 ; Moodie *et al.* 2013), mais aussi réalisées en France (Gallopel-Morvan *et al.* 2011 ; Gallopel-Morvan *et al.* 2015), menées avec des méthodologies diverses, ont montré que le PNS dissuade les jeunes non-fumeurs d'acheter un paquet et de commencer à fumer, aide les fumeurs à s'engager dans un processus d'arrêt – appels à la quitline et arrêts spontanés – (Durkin *et al.* 2015), augmente la visibilité des avertissements sanitaires, la connaissance et l'assimilation des dangers du tabac par les adolescents (Wakefield *et al.* 2015). Il tend aussi à rendre la perception de la qualité du tabac par les jeunes fumeurs moins bonne et à diminuer la visibilité des paquets dans l'environnement (Zacher *et al.* 2015).

Quels résultats en Australie ?

L'Australie est le premier pays à avoir adopté le PNS, dès décembre 2012, par le biais du Tobacco Plain Packaging Act (2011), avec pour objectifs de 1) réduire l'attractivité des paquets, 2) accroître l'efficacité des avertissements sanitaires, et, 3) réduire la possibilité de tromper le consommateur sur les effets délétères du tabac. C'est le seul pays où l'impact du PNS a pu être évalué en conditions réelles, et ce sur plusieurs années. Les résultats du PNS en Australie ont été rapidement perceptibles et assez fidèles à ce qui était attendu : concernant les jeunes, s'il n'y a pas eu de véritable avancée sur la connaissance (déjà très répandue) des méfaits du tabac (White *et al.* 2015a), l'image du paquet et des marques s'est dégradée et l'attractivité du tabac est moindre (White *et al.* 2015b). Entre 2010 et 2013, la proportion de 18-24 ans qui n'a jamais fumé est passée de 72 % à 77 % et l'âge moyen à la première cigarette a reculé de 15,4 ans à 15,9 ans (Australian Government Department of Health 2016). Mais ces résultats sont aussi à mettre au crédit d'une politique antitabac de longue date, basée sur les recommandations de la CCLAT, qui combine toutes les mesures réputées efficaces : la mise en place du PNS s'est accompagnée d'une forte hausse des taxes (et des prix) du tabac, d'un agrandissement des avertissements sanitaires (75 % de la face avant, contre 30 % auparavant, et toujours 90 % de la face arrière), de campagnes de prévention…

Vers une généralisation dans les pays occidentaux… puis ailleurs ?

Près d'une quinzaine de pays ont adopté récemment ou envisagent d'adopter le PNS, principalement en Europe (Hongrie, Finlande, Suède…) et dans les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Irlande, Canada, Nouvelle-Zélande…), ces derniers affichant déjà des niveaux de consommation tabagique bien plus faibles qu'en France, qui les positionnent comme des exemples de politique antitabac. L'industrie du tabac mobilise pourtant, en vain, tous les arguments pour tenter de freiner l'application du PNS : violation de la propriété intellectuelle, augmentation de la contrebande, et même inefficacité de la mesure. Mais, près de quatre ans après sa mise en place en Australie, la mesure n'a jamais été remise en cause, malgré des procédures multiples devant les tribunaux.

Avec la diffusion du PNS dans les pays occidentaux et si les résultats observés en Australie sont confirmés durant les prochaines années dans les autres États qui le mettent en place, il est probable alors que le processus se poursuivra. À l'image des avertissements sanitaires graphiques il y a une décennie, qui sont désormais devenus la norme (plus de 60 pays les appliquent aujourd'hui), le paquet neutre pourrait s'imposer à travers le monde, notamment parmi les 180 pays signataires de la CCLAT.



Conséquences et réponses publiques

5

Conséquences judiciaires et réponses pénales

Ivana Obradovic, Caroline Protais

En 2014, sur 584 000 condamnations judiciaires pour crimes et délits, 4 sur 10 concernent des jeunes âgés de moins de 25 ans (soit 220 000 condamnations). La quasi-totalité des condamnations prononcées à l'encontre de mineurs ou de jeunes majeurs sanctionnent un délit, le plus souvent lié à des atteintes aux biens ou aux personnes, mais aussi à des infractions à la législation sur les stupéfiants (10 % des condamnations de mineurs) ou à des délits routiers mettant en cause l'alcool (surtout entre 18 et 25 ans).

Au cours de la dernière décennie, la proportion de jeunes impliqués dans les délits liés à l'alcool ou aux stupéfiants reste stable, voire en baisse, dans un contexte général où ces deux contentieux augmentent fortement. En revanche, les statistiques font clairement apparaître une augmentation de la judiciarisation des faits délictuels mettant en cause les jeunes. Elles traduisent également une diversification des réponses pénales au profit de mesures alternatives aux poursuites à contenu éducatif ou sociosanitaire, visant parfois spécifiquement les jeunes (comme, par exemple, l'orientation vers une consultation jeunes consommateurs (CJC) ou un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants).

La population jeune dans les contentieux liés aux stupéfiants et à l'alcool

Prédominance des jeunes dans les affaires d'infraction à la législation sur les stupéfiants

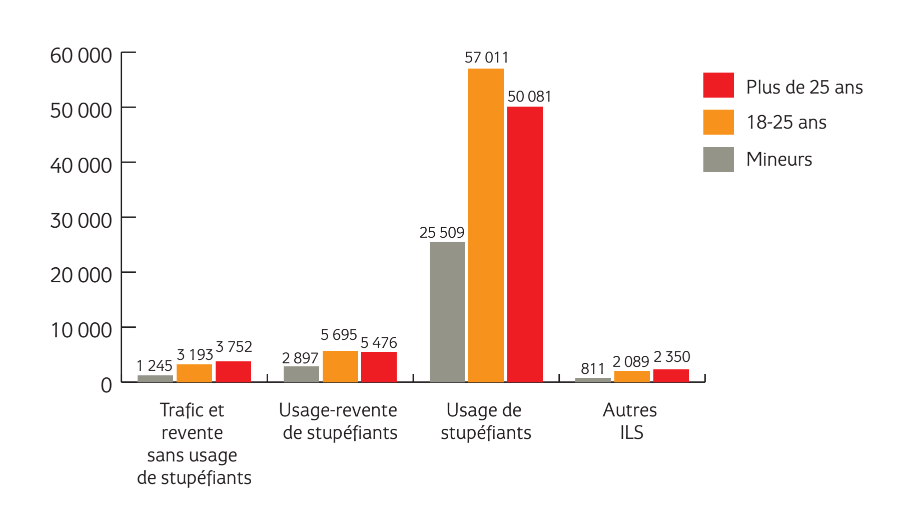
Le nombre de personnes mises en cause par la police et la gendarmerie a globalement très fortement augmenté depuis le milieu des années 1970. La part des mineurs dans l'ensemble a elle aussi augmenté, passant de 14 % à environ 19 % en 2010, au terme d'une progression amorcée au milieu des années 1990. Cependant, la part des mineurs est variable selon les délits.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), en particulier la consommation sur la voie publique, constituent un des principaux motifs d'interpellation des jeunes, avec les vols et les atteintes aux biens (40 %) (Aubusson de Cavarlay 2013). En 2014, près de 100 000 jeunes (mineurs et 18-25 ans) ont été interpellés au titre d'une ILS, le plus souvent pour usage simple (82 520 personnes, soit 84 % des jeunes mis en cause pour ILS), en général de cannabis (figure 1). Les jeunes de moins de 25 ans représentent ainsi plus de 60 % de l'ensemble des interpellations pour ILS. Il s'agit en grande majorité d'hommes (plus de 90 %), en particulier lorsque le produit en cause est le cannabis.

Les suites judiciaires de l'interpellation sont différenciées selon l'âge légal, les moins de 18 ans relevant de la justice des mineurs. En 2014, environ 180 000 mineurs ont été mis en cause dans des affaires jugées « poursuivables » par les parquets (dès lors que l'infraction est suffisamment caractérisée et les charges suffisantes) (ministère de la Justice 2015). Parmi celles-ci, 14 % concernent une infraction à la législation sur les stupéfiants (soit environ 26 000 affaires), le plus souvent un usage simple, ce qui conduit, dans huit cas sur dix, à une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi, orientation sanitaire vers une consultation jeunes consommateurs, stage de sensibilisation aux dangers des stupéfiants, etc.), plutôt qu'à des poursuites.

Lorsque l'infraction est jugée suffisamment grave pour donner lieu à des poursuites, les jeunes passent devant une juridiction (tribunal des mineurs ou tribunal correctionnel) et peuvent éventuellement être condamnés. En matière d'usage de stupéfiants, près de 60 % des condamnations concernent des jeunes : 53 % visent des jeunes majeurs de moins de 25 ans (environ 19 000 condamnations en 2014) et 6 % des mineurs (2 104). La récidive est très fréquente chez les mineurs : près de la moitié d'entre eux récidivent moins de trois ans après leur condamnation, contre à peine un quart des plus de 25 ans.

Figure 1 - Distribution par âge des personnes mises en cause pour ILS par la police et la gendarmerie en 2014



Source : Etat 4001 (ministère de l'Intérieur)

La conduite sous influence, une problématique prégnante parmi les jeunes majeurs

Parmi les infractions liées à l'alcool, la conduite en état alcoolique (CEA) occupe une place centrale puisqu'elle représente près d'un quart de l'activité des tribunaux correctionnels pour les mineurs et les majeurs, loin devant les autres contentieux de ce type (homicides et blessures involontaires en état alcoolique), qui restent marginaux et en constante diminution (Obradovic 2013). Les jeunes sont aussi fortement impliqués dans d'autres infractions liées à l'alcool (violences, ivresses sur la voie publique…), même si les statistiques disponibles ne permettent pas de chiffrer précisément leur part dans ces contentieux.

Alors que les mineurs sont peu concernés par la délinquance routière liée à l'alcool, les jeunes majeurs y occupent une place non négligeable. Globalement, les moins de 25 ans représentent 16 % des condamnés pour CEA. Cette part est encore plus importante pour les condamnés pour ILS, qui sont trois fois plus nombreux, soit 57 % (2014) (ministère de la Justice 2015). Les moins de 25 ans sont également bien plus nombreux parmi les conducteurs sanctionnés pour conduite sous l'emprise de stupéfiants (47 %) (ONISR 2015).

La conduite après usage de produits psychoactifs concerne donc très majoritairement des jeunes et, comme pour l'alcool, principalement des hommes (91 % des conducteurs contrôlés positifs aux stupéfiants dans les accidents mortels).

Une réponse pénale plus systématique et plus diversifiée

Une mobilisation croissante de la chaîne pénale

Conformément aux directives de politique pénale depuis 1994, qui recommandent de sanctionner tout acte délictueux, en particulier lorsqu'il s'agit de « petite et moyenne délinquance » commise par des mineurs, le taux de réponse pénale aux affaires impliquant des mineurs est passé de 60 % en 1994 à 94 % aujourd'hui (Mainaud 2015). Face à l'afflux de procédures en matière d'ILS, la réponse pénale a pu être systématisée grâce au recours croissant aux mesures de la « troisième voie » (alternatives aux poursuites).

La montée en puissance des réponses à contenu éducatif ou sociosanitaire

La mobilisation de la chaîne pénale autour de la gestion des flux de jeunes usagers de stupéfiants a largement bénéficié aux mesures alternatives aux poursuites, en premier lieu les rappels à la loi mais aussi les orientations vers une structure sanitaire et sociale et, dans une moindre mesure, les injonctions thérapeutiques qui concernent environ 600 mineurs par an (Obradovic 2015b). La création des CJC (voir chapitre « Le dispositif des CJC », p. 135) en 2004 a

offert aux parquets une solution d'orientation simple à mettre en œuvre. Ainsi, dès les premières années d'activité des CJC, il a été établi que la moitié du public était adressé par la justice. Ces consultants justiciables sont majoritairement des jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, faiblement diplômés et en situation de chômage ou d'insertion. Par rapport aux autres consultants, venus spontanément ou adressés par l'entourage, les personnes sous main de justice sont plus souvent des jeunes majeurs, usagers de cannabis occasionnels mais fortement visibles dans l'espace public – qui, par exemple, fument dans la rue, en groupe et dans un contexte festif, plutôt que pour maîtriser une angoisse ou dans une perspective d'automédication (Obradovic 2015a).

De la même manière, le dispositif des stages de sensibilisation, mis en place par la loi du 5 mars 2007 afin de compléter l'arsenal des mesures pénales mobilisables avec une sanction jugée plus « dissuasive », a rapidement été mobilisé par les magistrats pour traiter les flux de jeunes usagers de stupéfiants, ce qui n'est pas toujours le cas des nouveaux outils créés par le législateur. La population des stagiaires, majoritairement masculine (93 %), se caractérise ainsi par une prépondérance des jeunes majeurs (64 %), pour la plupart interpellés pour usage ou détention de cannabis. Ce public se distingue par une forte proportion de chômeurs et un faible niveau d'études (Obradovic 2012).

Cadre légal en matière de lutte contre les conduites addictives

Cristina Díaz Gómez

Afin de protéger les jeunes, la législation française prévoit plusieurs restrictions spécifiques aux mineurs pour le tabac, l'alcool et les jeux d'argent et de hasard, tandis que la consommation et le trafic de drogues illicites sont interdits pour tous. Le régime d'autorisations et d'incriminations qui en résulte est complété par un dispositif réglementaire de prévention et de promotion de la santé qui cible directement les jeunes.

Restrictions de l'accès et de l'usage d'alcool et de tabac

En dépit des revendications de certains secteurs liées à des intérêts d'ordre économique (fabricants, « hôtellerie, café, restauration »…), les préoccupations de santé publique (tabagisme chez les jeunes, consommations excessives d'alcool…) ont donné lieu à une réglementation de plus en plus restrictive en matière d'offre et de consommation d'alcool et de tabac.

Des modifications successives jusqu'à l'interdiction de vente pour l'ensemble des mineurs

La France fait partie des pays pionniers en Europe prohibant la vente de tabac aux mineurs (loi du 31 juillet 2003, décret du 6 septembre 2004). Cette interdiction figure dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) que la France a ratifiée en 2004. Toutefois, cette interdiction ne visait que les moins de seize ans. S'agissant spécifiquement de l'alcool, la première interdiction de vente aux mineurs a été instaurée par la loi du 1er octobre 1917 sur la répression de l'ivresse publique et sur la police des débits de boissons. Depuis un siècle, de nombreuses modifications réglementaires se sont succédé pour renforcer ce cadre d'interdiction (décret du 8 février 1955, ordonnance du 7 janvier 1959, loi du 10 janvier 1991, loi du 21 juillet 2009). La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a simplifié l'ensemble de ces dispositions en restreignant l'accès de tous les mineurs à toute forme d'offre et pour tout type de boisson alcoolisée.

Depuis cette date, la vente, distribution ou offre des produits du tabac aux jeunes de moins de 18 ans (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé…) sont aussi prohibées (L. 3512-12 du code de santé publique - CSP). La loi du 17 mars 2014 (dite « loi Hamon ») interdit également la vente de cigarettes électroniques aux mineurs (art. 36 et L. 3513-5 du CSP).

Par ailleurs, aux termes des articles L. 3512-12 et R. 3512-3 du CSP, les buralistes peuvent exiger un document officiel pour établir une preuve de l'âge légal de l'acheteur. Pour l'alcool, le vendeur doit exiger du client cette preuve

(art. 12 de la loi du 26 janvier 2016, L. 3342-1 du CSP). En vue de l'application de cette réglementation, tout manquement du buraliste est puni d'une contravention de 4e classe (art. 2 du décret du 25 mai 2010, R. 3512-3 du CSP). Les sanctions prévues à l'égard des propriétaires des débits de boissons sont plus sévères puisqu'ils s'exposent à une peine de 7 500 euros d'amende et risquent, en cas de récidive, une sanction maximale d'un an d'emprisonnement et une amende de 15 000 euros.

Le renforcement des interdits d'exploitation et des règles du commerce

En France, l'accès, l'implantation et l'exploitation des commerces sont strictement régulés. Concernant exclusivement les débits d'alcool, la législation est ancienne, elle interdit aux mineurs de moins de 16 ans d'être reçus dans l'établissement à moins d'être accompagnés par un majeur. Cette infraction est passible d'une contravention de 4e classe. Les restrictions d'implantation sont plus récentes. Aujourd'hui, l'implantation d'un débit de boisson ou d'un bureau de tabac (L. 3335-1 et L. 3512-10 du CSP) est interdite sur le périmètre des zones protégées (établissements scolaires, espaces de loisirs ou sportifs…). La violation de ce principe d'interdiction est sanctionnée par 3 750 euros d'amende. Les contrevenants risquent également la fermeture de l'établissement.

Par ailleurs, l'encadrement du commerce des produits du tabac s'est renforcé depuis 2003. Ainsi, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de 20 cigarettes – plus accessibles aux jeunes – sont interdites (art. L. 3512-14 du CSP), ainsi que la vente de tabac en distributeurs automatiques (art. L. 3512-11 du CSP). En 2009, l'interdiction a été étendue à la commercialisation de cigarettes aromatisées et, plus récemment, à l'utilisation d'arômes perceptibles pour les cigarettes et le tabac à rouler (art. L. 3512-16 du CSP). S'agissant de l'encadrement du commerce de boissons alcoolisées, depuis 2010 (loi « HPST », décret du 6 mai 2010), la législation française a instauré des mesures spécifiques visant la prévention des comportements à risque liés à la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes (interdiction d'offrir des boissons alcoolisées au forfait ou à volonté, réglementation des happy hours, interdiction de vente de boissons alcoolisées à emporter dans les points de ventes de carburants entre 18 heures et 8 heures et de vente de boissons alcooliques réfrigérées…).

Interdiction de fumer et de vapoter

En 1976, la loi Veil a établi l'interdiction de fumer dans les écoles et collèges, ainsi que dans les locaux collectifs accueillant des jeunes pour des activités de loisirs et de vacances. La loi Évin du 10 janvier 1991 a réaffirmé cette interdiction afin de renforcer son application (Karsenty et Díaz Gómez 2006). La loi prévoyait l'aménagement d'espaces expressément réservés aux fumeurs en milieu scolaire auxquels les élèves de moins de seize ans ne pouvaient accéder. Depuis 2006 (décret du 15 novembre 2006, R. 3512-2 et 3 du CSP), l'interdiction est totale dans tous les lieux collectifs destinés aux mineurs (établissements scolaires, centres d'accueil, de formation, d'hébergement ou dédiés à

la pratique sportive). La consommation de tabac est également interdite dans les aires collectives de jeux (décret du 29 juin 2015, art. R. 3512-3 du CSP). La loi de santé de 2016 a inclus la cigarette électronique dans ces règles d'interdiction. Enfin, l'interdiction de fumer s'applique désormais à l'intérieur d'un véhicule en présence d'un mineur (art. L. 3512-9 du CSP).

Interdiction d'inciter les mineurs à la consommation d'alcool

En 2016, le Code pénal intègre deux nouvelles infractions en matière de lutte contre la consommation d'alcool chez les moins de dix-huit ans. Ainsi, aux termes de l'article 227-19, « le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool » est passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Cet article stipule également que le fait d'inciter un mineur à la consommation habituelle d'alcool est passible de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Par ailleurs, l'offre d'un objet incitant un mineur à la consommation excessive d'alcool est également proscrite (art. 12 de la loi du 26 janvier 2016 et L. 3342-1 du CSP).

Zéro alcool au volant pour les jeunes conducteurs

En matière de sécurité routière, le cadre juridique est identique pour l'ensemble des majeurs, à l'exception de la limite légale d'alcoolémie. Elle est fixée à 0,2 gramme d'alcool par litre de sang pour les conducteurs « novices » (souvent des jeunes), en situation d'apprentissage ou détenteurs d'un permis probatoire (décret du 24 juin 2015 et R. 234-1 du code de la route). Le délai probatoire est établi pour une durée de trois ans après la date d'obtention du permis de conduire. Il est réduit à deux ans si ce permis a été obtenu dans le cadre de la conduite accompagnée (art L. 223-1 du code de la route). S'ils prennent la route en ayant bu (la limite de 0,2 gramme est dépassée dès le premier verre d'alcool), les jeunes conducteurs contrôlés encourent un retrait de six points sur leur permis, une amende forfaitaire de 135 euros et une immobilisation du véhicule (voir carte sur les législations alcool, p. 180).

Un encadrement publicitaire très partiel

Tandis que la législation prohibe la publicité en faveur des produits du tabac et du vapotage, sauf rares exceptions (enseignes des débits de tabac, publications professionnelles ...) (art. L. 3512-4 et art. L. 3513-4 du CSP), celle en faveur des boissons alcoolisées est proscrite seulement sur les supports utilisés par les médias de masse traditionnels (magazines, cinéma, télévision…). La publicité en faveur des boissons alcoolisées (loi du 21 juillet 2009) et des jeux (loi du 12 mai 2010) est autorisée en ligne, en dehors des sites Internet visant la jeunesse. La loi du 12 mai 2010 édicte d'autres interdictions envers les mineurs : les publications destinées à la jeunesse, les services audiovisuels présentés comme s'adressant à des mineurs et les salles de cinéma lors de la diffusion de films accessibles aux mineurs. Tout manquement des opérateurs les expose à des mesures disciplinaires (avertissements...) qui peuvent aller jusqu'au retrait de l'agrément ou à une sanction pécuniaire.

Interdiction de jeux pour les moins de 18 ans

Les jeux d'argent et de hasard sont interdits aux mineurs, même émancipés (art. 5 de la loi du 12 mai 2010), à l'exception des tombolas communales à but non lucratif (L. 322-3 du code de la sécurité intérieure), des lotos traditionnels[1] (L. 322-4 du code de la sécurité intérieure) et des loteries foraines (L. 322-5 du code de la sécurité intérieure). Cette interdiction s'applique aussi bien dans les espaces physiques de jeux (casino, bureau de tabac…) que sur Internet (poker en ligne…).

Les jeunes et le cadre légal des drogues illicites

Pour les mineurs, un régime juridique identique à celui des majeurs

L'usage illicite de produits classés comme stupéfiants en particulier est un délit passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (L. 3421-1 du CSP). À l'égard des plus jeunes en particulier, la réponse de l'autorité judiciaire, en cas d'infraction d'usage notamment, doit toutefois demeurer à dominante éducative et sanitaire (circulaire du ministère de la Justice du 16 février 2012). Depuis la loi du 5 mars 2007 (art. 48), l'usager peut être contraint d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (art. 131-35-1 du Code pénal). Les mineurs et les jeunes majeurs, usagers occasionnels de drogues, sont particulièrement concernés par ce dispositif, notamment lors de la première infraction (circulaire du 16 février 2012), la mesure pouvant être appliquée aux mineurs âgés d'au moins treize ans (art. 7-2, créé en mars 2007, de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante). Lorsque l'autorité judiciaire estime que l'usager a besoin d'un accompagnement sociosanitaire en lien avec sa consommation ou qu'il est dépendant, il peut être orienté vers une structure spécialisée (comme les consultations jeunes consommateurs), ou encore faire l'objet d'une injonction thérapeutique (voir chapitre précédent).

La cession ou le trafic de stupéfiants sont punis de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. La peine encourue est portée à dix ans d'emprisonnement lorsque les drogues illicites sont proposées à des mineurs dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou aux abords de ces établissements (art. 222-39 du Code pénal).

Une obligation de prévention et de promotion de la santé

Dans les collèges et les lycées, le cadre légal en matière de prévention des conduites addictives est fixé par le code de l'éducation et le code de la santé publique. Depuis 2003, la sensibilisation au risque tabagique est obligatoire dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire (loi du 31 juillet 2003, art. L. 3511-2 du CSP). Aux termes de l'article L. 312-17 du code de l'éducation (créé en août 2004), au moins une séance annuelle doit être assurée pour présenter aux élèves les risques de la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Les élèves doivent

1. Également appelés « poules au gibier », « rifles » ou « quines ».

bénéficier aussi a minima d'une séance annuelle d'information consécrée aux conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis (L. 312-18). Ces mesures s'adressent aux enfants de l'enseignement primaire et secondaire et s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation à la santé à l'école. Ainsi, l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation prévoit depuis janvier 2016 la mise en place d'un parcours éducatif de santé pour tous les élèves du primaire et du secondaire incluant notamment la prévention des conduites à risque (voir chapitre suivant).

Prévenir les conduites addictives chez les jeunes

Carine Mutatayi

Face aux conduites addictives, la prévention est une priorité envers les jeunes du fait des conséquences possibles sur leur parcours de vie. Outre les drogues licites ou illicites, elle intègre les addictions sans substance (jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, etc.). La stratégie de prévention promeut l'intervention précoce auprès des jeunes, afin de retarder l'âge des premières pratiques addictives, voire de les empêcher, d'éviter les abus et de réduire les risques associés.

Des mesures d'envergure nationale sont mises en œuvre, telles que les campagnes médiatiques de prévention ou certaines restrictions légales d'accès aux produits (prévention environnementale), en particulier envers les jeunes (voir chapitre « Les jeunes face au commerce numérique des drogues », p. 107). Influencée par les logiques et enjeux de professions diverses, la prévention offre une grande diversité d'approches, sans qu'aucun modèle ne s'impose vraiment en France. Ainsi, une mosaïque d'actions de prévention existent au plan local, déployées pour l'essentiel en milieu scolaire. Leur volume et leur contenu demeurent mal documentés faute d'évaluation et d'un système d'observation performant. La majorité aborde un ensemble large de sujets pour couvrir les besoins d'information et de soutien à la fois de ceux qui ont des pratiques addictives et des autres. Ces actions « tous publics », dites de prévention universelle, sont typiquement celles menées au collège ou au lycée. Les interventions adressées à des publics identifiés comme « à risques » ou déjà consommateurs sont moins fréquentes.

Des priorités nationales de prévention sont définies par la MILDECA ainsi que par le ministère chargé de la Santé et déclinées en région par leurs représentants respectifs au sein des préfectures (chefs de projets « drogues et dépendances ») et des agences régionales de santé (ARS), au prisme de particularités locales. Elles sont relayées ou complétées par des programmes ministériels ou nationaux (cancer, santé scolaire, hépatites, etc.).

À travers le territoire, des structures associatives d'éducation pour la santé ou d'addictologie peuvent être sollicitées pour intervenir en prévention, ainsi que des gendarmes formateurs relais antidrogue (FRAD) ou des policiers formateurs antidrogue (PFAD). Tous ces acteurs exercent grâce à des fonds publics ou de l'Assurance-maladie. Mais nombre d'actions de prévention locales ne verraient pas le jour sans crédits supplémentaires, via des appels à projets, émanant entre autres des chefs de projet « drogues et dépendances », des ARS, de mutuelles ou d'un fonds additionnel dédié de l'Assurance-maladie. Enfin, 10 % du produit des saisies réalisées lors d'enquêtes sur le trafic de stupéfiants servent à financer des actions de prévention.

Les campagnes de prévention

Des campagnes médiatiques à visée préventive sont menées, en général par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), devenu Santé Publique France en 2016, l'agence nationale de santé publique. Elles cherchent à influer sur les représentations sociales, catalyseurs des changements comportementaux, en informant ou en interpellant sur les risques liés aux usages et la capacité de chacun à agir sur ses pratiques ou celles de son entourage. Ces campagnes s'inscrivent dans la stratégie gouvernementale de communication vers les jeunes et les parents.

Le plus souvent, les campagnes médias dédiées aux jeunes abordent plusieurs produits à la fois parmi les plus consommés (cannabis, alcool, ecstasy, cocaïne), comme les campagnes : « Drogues : ne fermons pas les yeux » (2009), « La drogue, si c'est illégal ce n'est pas par hasard » (2009), « Contre les drogues chacun peut agir », dénonçant le risque à ne pas intervenir dès les usages « simples » (2010, 2011). Celle sur les consultations jeunes consommateurs (CJC) évoque, en plus du cannabis et de l'alcool, les jeux vidéo (2015).

Parfois, des campagnes plus ciblées sont organisées. Ainsi, en 2013, la campagne « antitabac » ciblant les 11-20 ans déjoue les valeurs positives rattachées au produit (indépendance, liberté, plaisir, intégration), dans la lignée d'une longue stratégie de « dénormalisation » de la cigarette. Afin de désamorcer les expérimentations, elle s'assortit d'un outil pour animer le débat entre jeunes : le manga en ligne *Attraction* (sur Internet, DVD ou imprimé) dénonçant les manipulations de l'industrie du tabac. La campagne « Toxicorp » de 2006 dénonce les stratégies de fidélisation et de renouvellement de clientèle que les industriels déploient vers les jeunes. En 2008, la campagne « Boire trop : des sensations "Trop" extrêmes » adressée aux jeunes réfute les perceptions de maîtrise associées à l'alcool, en illustrant les risques immédiats liés à un usage excessif d'alcool (comas, violences, accidents, abus sexuels) et l'ambivalence de ce produit, entre plaisir et nocivité.

Les campagnes se veulent pédagogiques, livrant des outils d'approfondissement (livrets, brochures, sites Internet…), des données scientifiques, et renvoient à des services d'aide (Tabac-info-service, CJC...).

Outre les médias classiques (télévision, radio, presse, affichage), les options extensives du Web et des réseaux sociaux (marketing viral, webséries, YouTube, etc.) offrent un ciblage fin et une couverture large, à moindre coût.

Avant, voire après leur diffusion, les campagnes font souvent l'objet de tests auprès du public-cible sur l'audience, la mémorisation, l'agrément, l'implication et l'intention de changer ses pratiques. Cependant, cela ne permet guère

de conclure quant à leur impact effectif sur les comportements. Pour cela, des études « avant-après » sont parfois réalisées auprès d'échantillons indépendants ou du même échantillon (études longitudinales).

Les collégiens et lycéens d'abord

Du fait de la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, l'enseignement secondaire demeure le cadre privilégié pour accueillir les actions de prévention collectives des conduites addictives ou d'autres pratiques à risques (infections sexuellement transmissibles, violence, etc.). C'est d'ailleurs le seul cadre pour lequel il existe une obligation légale d'information, au moins une fois par an, par groupe d'âge homogène, sur les conséquences des usages de drogues sur la santé, notamment les « effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis », et sur la question de l'alcool à travers le sujet du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) (art. L. 312-17 et L. 312-18 du code de l'éducation).

Au collège et au lycée, le chef d'établissement fixe annuellement les actions de prévention de conduites à risques à mener au profit des élèves, dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Diverses problématiques peuvent être abordées par des actions globales d'éducation pour la santé ou de développement de compétences dites psychosociales (CPS), réputées protectrices à l'encontre des usages (voir article « Les approches psychosociales », p. 140). L'apprentissage des CPS trouve un ancrage dans les missions mêmes de l'école, à travers l'enseignement du socle de connaissances, de compétences (sociales, civiques et décisionnelles) et de culture, que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire (décret du 31 mars 2015). Au demeurant, des actions spécifiques de prévention des conduites addictives peuvent être organisées, impliquant la communauté scolaire, notamment les personnels de santé, pour leur coordination, voire leur réalisation. Elles participent du parcours éducatif de santé pour tous les élèves défini par le projet d'établissement (circulaire du 28 janvier 2016). Elles font souvent appel à des spécialistes externes de prévention, de l'éducation pour la santé, de l'addictologie ou de la police-gendarmerie, mais ces acteurs se croisent rarement lors d'une même action. Tous expliquent ce que sont les substances psychoactives, leurs effets, les risques encourus pour la santé et au plan social ou judiciaire. Les intervenants du champ « santé/addictologie » s'emploient de plus en plus à développer des CPS chez les jeunes.

En 2014, parmi les collégiens de 4e et 3e, quatre sur dix disent avoir bénéficié d'une information sur le tabac, l'alcool ou le cannabis, le plus souvent sur les trois ensemble (Spilka *et al.* 2016c).

La prévention, plus éparse hors du milieu scolaire…

Dans les milieux étudiant, professionnel, familial ou ailleurs hors du champ scolaire, la prévention à l'encontre des drogues est moins répandue.

À la fac

Auprès des étudiants, la prévention des addictions repose sur les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), les mutuelles ou associations étudiantes. Elle n'est ni imposée ni systématique. L'action s'appuie souvent sur des étudiants formés, des pairs conseillers comme les « étudiants-relais santé », notamment en soirées étudiantes pour réduire les alcoolisations massives et les risques associés (sanitaires, routiers, sexuels, etc.). Outre le conseil, elle peut consister à distribuer du matériel de prévention (flyers, alcootests, préservatifs, etc.), promouvoir des capitaines de soirée (volontaires qui demeurent sobres pour ramener leurs amis après la fête), renforcer la responsabilisation des jeunes par l'autoévaluation des usages. Pour cela, plusieurs sites Web existent : www.addictprev.fr, le "Plan B" http://leplanb.info/…

Au travail

Les jeunes en milieu professionnel, salariés ou apprentis, peuvent bénéficier de mesures préventives liées aux conduites addictives, comme tout autre salarié plus âgé. Dans le monde du travail, la prévention des conduites addictives peut être intégrée à la politique de gestion des risques de l'entreprise, pour la sécurité du personnel et des tiers, sous la responsabilité du chef d'entreprise. Elle consiste principalement à repérer ou dépister les usages problématiques (via notamment le médecin du travail), faire de l'intervention brève (voir article « L'efficacité des interventions brèves », p. 144) et orienter vers les structures de soins. Les actions collectives destinées à développer des attitudes « protectrices » et solidaires envers les salariés en difficulté ne sont pas encore généralisées. Pour la première fois, la prévention des addictions figure dans le plan Santé au travail 2016-2020 (ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social 2016).

En soirées (prévention des risques)

Pour les jeunes noctambules (en festivals, free parties, établissements de nuit...), diverses initiatives existent dans de grandes villes. Des équipes de prévention sont parfois présentes pour limiter les risques liés aux usages d'alcool, de drogues ou aux mélanges, durant la fête ou en marge (conduite de véhicule, rapports sexuels non protégés ou non désirés sous l'empire de produits...). Ces équipes animent des stands d'information ou circulent parmi les participants pour proposer du matériel tel que des éthylotests, kits de sniff, préservatifs, kits d'injection, bouchons d'oreilles, eau, etc. Dans certains établissements du monde de la nuit, le personnel est formé à refuser de servir les personnes trop alcoolisées et à les aider à organiser leur retour au domicile.

Vers les jeunes plus vulnérables

Certains publics, notamment parmi les jeunes, sont plus vulnérables face aux drogues, du fait de facteurs de risques corrélés aux problématiques d'usages : zones de trafic, espaces festifs, mineurs relevant de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire, secteur professionnel davantage exposé, etc. Des actions de prévention leur sont parfois dédiées afin d'éviter l'installation ou l'intensification d'usages problématiques. Il s'agit alors de prévention sélective.

Les jeunes relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) font partie de ces publics à risques, du fait de vulnérabilités sociales et sanitaires majeures. La mesure judiciaire étant l'occasion d'agir sur les déterminants de santé de ces jeunes pour les aider à atteindre leurs projets de vie, la prévention des conduites addictives peut y trouver sa place. Elle passe par l'autoévaluation par les jeunes de leur santé et des facteurs de risques et de protection liés aux drogues ainsi que le développement de CPS.

Certains dispositifs d'accueil pour les jeunes et leur entourage ou de soutien à la parentalité des foyers vulnérables (difficultés sociales, dépendances, etc.) constituent un moyen de prévention via le cercle familial pour les enfants de ces foyers. Ils visent à accompagner les parents dans le renforcement de compétences relationnelles et éducatives et à développer chez les enfants des repères et aptitudes susceptibles d'agir comme des facteurs protecteurs à l'encontre des pratiques addictives.

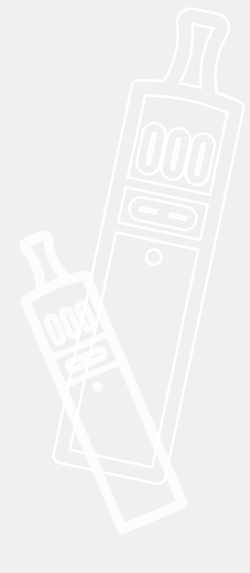
Enfin, les jeunes manifestant les premiers signes d'usages/pratiques problématiques peuvent bénéficier d'une aide individualisée de la part de professionnels de santé ou de l'addictologie, sans pour autant relever d'une prise en charge psychothérapeutique. Dans ce type de prévention dite « indiquée », les intervenants soutiennent et conseillent leurs patients pour puiser dans leurs ressources propres et réduire leurs usages et les risques associés. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) traduisent cette approche, bien que leurs activités ne s'y résument pas et fournissent aussi une aide aux familles des jeunes consultants (voir chapitre suivant, p. 135).

Le repérage précoce

L'un des enjeux des réponses adaptées aux jeunes consommateurs est d'identifier le plus en amont possible ceux pour qui des problèmes liés aux usages émergent ou se répètent. Le repérage précoce est un préalable à une intervention brève, posant les premières bases d'un dialogue, ou à un accompagnement plus suivi (voir article « L'efficacité des interventions brèves », p. 144). Plusieurs outils standardisés sont disponibles pour repérer les usages problématiques, tels que l'autoquestionnaire Cannabis Abuse Screening Test (CAST) à propos du cannabis, les questionnaires d'entretien généralistes « ADOlescents et Substances Psycho-Actives » (ADOSPA), « DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents » (DEP-ADO) ou la Game Addiction Scale (GAS), propre aux jeux vidéo (www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reperage-precoce/; www.intervenir-addictions.fr/les-outils-supports/).

La montée des programmes qui ont fait leur preuve

Le champ de la prévention fait l'objet de nombreux efforts, alors même que son efficacité est souvent interrogée. Ceci a attisé la volonté de développer et de privilégier les bonnes pratiques fondées sur les données probantes, qui se fait de plus en plus lisible dans le discours politique, en France comme au plan européen, mais aussi à travers des recommandations d'experts (INSERM 2014). Divers organismes français s'emploient à relayer les connaissances scientifiquement validées et une démarche « qualité » en la matière (INPES/Santé publique France, MILDECA, OFDT, etc.). La Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a été constituée en 2014 afin de promouvoir et de diffuser une politique de prévention fondée sur les approches scientifiquement validées. Dans ce contexte émergent des expériences locales d'adaptation de programmes validés à l'étranger : par exemple, les programmes en milieu scolaire Unplugged (notamment à Orléans et ses environs) et Good Behavior Game (Valbonne Sophia-Antipolis) (voir article « Les approches psychosociales », p.140). C'est aussi le cas des programmes de soutien à la parentalité Strengthening Families (SFP) et Triple-P, internationalement reconnus (UNODC 2015), qui, après des expériences locales réussies (zones de Nice, Lille, Rouen, etc.), devraient se déployer ailleurs en France.



Réduire son tabagisme avec la e-cigarette ?

En février 2016, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) reconnaît la cigarette électronique comme un outil potentiel d'aide au sevrage tabagique et de réduction des risques dès lors que son usage n'est pas couplé à celui du tabac (HCSP 2016). La e-cigarette est aujourd'hui estimée comme moins nocive que ne l'est le tabac fumé (Royal College of Physicians 2016), les recharges liquides de norme AFNOR étant toutefois à privilégier. L'information des professionnels de santé tend à s'organiser en ce sens (Fédération Addiction et RESPADD 2016) : sans encourager la « vape », il s'agit de ne pas la décourager chez les adultes (dont les jeunes majeurs) pour qui la vape « marche » afin de cesser ou de modérer le tabagisme (Beck *et al.* 2015a).

Mais le sujet est plus complexe s'agissant des adolescents, la raison première étant l'interdiction de vendre ou même d'offrir à des mineurs les dispositifs électroniques de vapotage ou leurs recharges, dans tous commerces ou lieux publics. Dès lors, aujourd'hui, le recours « préventif » à ces dispositifs par des adolescents fumeurs requiert en théorie l'intercession d'un adulte, dans le cadre privé, faute de s'inscrire dans une démarche transgressive. Pour l'heure, l'usage de la cigarette électronique par les adolescents semble relativement peu lié à l'intention de cesser ou de limiter son tabagisme : en 2014, à 17 ans, parmi les vapoteurs quotidiens, 63 % fument plus de 5 cigarettes par jour, la moitié ayant un usage intensif (plus de 10 cigarettes par jour) (Spilka *et al.* 2015c). Le faisceau d'études disponibles aux plans national ou international n'est guère concluant quant à l'initiation tabagique par le biais de l'e-cigarette.

Répondre aux consommations des jeunes : le dispositif des CJC

Caroline Protais

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été mises en place par la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004. Destinées à l'origine à répondre au constat d'une « augmentation importante de la consommation de cannabis », elles se sont imposées comme des « structures pivots » de la prise en charge des addictions chez les 12-25 ans (MILDT 2013). Différentes évaluations menées par l'OFDT permettent d'appréhender les principales évolutions du dispositif depuis plus de dix ans (voir encadré p. 138).

Intervenir précocement auprès des jeunes usagers

Les CJC constituent une offre à destination des jeunes, généralement peu demandeurs de soins, et de leurs familles. Lieux d'écoute confidentiels et gratuits, les CJC permettent de faire le point sur l'état des conduites addictives avant que la consommation ne devienne « problématique ». Leur objectif est ainsi d'accueillir et d'aller vers le bénéficiaire pour proposer une information, une évaluation des consommations de substances psychoactives, mais aussi des addictions sans produit telles que la pratique des jeux vidéo. Conformément à l'objectif d'intervention précoce, les CJC « peuvent mettre en place des consultations de proximité» (circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004). Certaines sont amenées à établir des partenariats avec diverses institutions permettant de recruter le public en amont : établissements scolaires, médecins de premier recours ou structures d'insertion des jeunes. Aussi sont-elles susceptibles de mettre en place des « consultations avancées », permanences implantées dans des structures d'accueil des publics jeunes telles que les lycées ou les maisons des adolescents.

Les CJC ont également pour vocation d'aider le jeune à modifier son comportement en quelques séances, le modèle proposé dans les premières années du dispositif étant de 5 séances. L'esprit de ces consultations est de garantir une disponibilité permise par un renouvellement de la file active et de correspondre à la demande des jeunes, qui n'est pas nécessairement inscrite sur le long terme. Les CJC sont dès lors susceptibles de réorienter le public accueilli vers des structures ou des professionnels de prise en charge de plus long cours, si le consultant en manifeste le désir, ou s'il existe des troubles psychiques associés ou des difficultés sociales.

Une offre de soins effective et en développement

Principalement implantées dans les CSAPA, les CJC prennent place dans le dispositif de soin en addictologie existant. En 2014, 93 % des 540 points de consultations sont en effet gérés par des CSAPA associatifs ou hospitaliers (Obradovic 2015a). Les CJC se répartissent sur l'ensemble du territoire fran-

çais avec toutefois une certaine disparité entre les régions et les structures (en termes de taille et d'activité). L'Île-de-France, Rhône-Alpes et le Nord-Pas de Calais affichent par exemple les concentrations les plus importantes de points de consultation – chacune de ces régions présentant plus de 20 structures gérant des CJC. Et alors que 4 % des structures font état de plus de 25 consultations par mois, une majorité en réalise moins de 10.

Un investissement croissant du milieu scolaire

Si l'orientation en CJC se fait principalement sous l'impulsion de la justice, la famille, ou est le fruit d'une démarche spontanée (voir infra), les professionnels établissent toutefois des partenariats avec certaines institutions extérieures pour dynamiser leurs modes de recrutement. Parmi eux, celui qui est établi avec le milieu scolaire est le plus investi par les principaux acteurs de la CJC. Entre 2007 et 2015, ce mode de recrutement du public a plus que doublé, passant de 4 % à 9 % (Obradovic 2009 ; Protais *et al.* 2016), alors que celui via le milieu sanitaire avoisine 6 % sans évolution notable, et que l'orientation par le milieu socio-éducatif et les structures d'insertion représente environ 6 à 7 %. Par ailleurs, la tendance est à la multiplication des points de consultation avancée (19 % des consultations en 2015), en particulier dans les points accueil écoute jeunes, qui devancent en 2015 les établissements scolaires, jusque-là premiers sites d'implantation.

Une prise en charge généraliste et diversifiée

Alors qu'au moment de sa création, en 2004, le dispositif affichait un objectif de réorientation en aval de la prise en charge pour les jeunes nécessitant un accompagnement de long terme, la proportion des personnes que les professionnels adressent à un confrère ou une autre structure semble faible, en tout cas jusqu'au sixième rendez-vous. En 2015, seuls 3 % des primo-consultants sont invités à aller consulter auprès d'un autre professionnel (Protais *et al.* 2016). De fait, loin de se cantonner à 6 séances, le suivi proposé en CJC apparaît comme une offre de prise en charge plus longue, pouvant se prolonger dans le cadre du CSAPA.

La circulaire préconisait également que l'évaluation effectuée par les professionnels de CJC soit réalisée à l'aide de grilles d'évaluation « standardisées » inspirées des standards internationaux et validées scientifiquement[1]. En 2014, l'entretien clinique est l'outil d'évaluation employé par 88 % des professionnels. En termes de suivi, 80 % d'entre eux mentionnent des entretiens fondés sur l'écoute et le soutien psychologique. L'approche motivationnelle et la thérapie cognitivo-comportementale, validées par l'expertise collective INSERM de 2004 (INSERM 2004), sont respectivement utilisées par 30 % et seulement 7 % des soignants (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, principalement). Globalement, les professionnels utilisent donc des outils de repérage et psychothérapeutiques « classiques » et généra-

1. Un certain nombre d'actions ont été mises en place par la Fédération Addiction et d'autres acteurs clés du dispositif pour diffuser certaines pratiques et outils validés scientifiquement. La Fédération Addiction est à l'origine de deux guides professionnels, diffusés respectivement à près de 8 000 exemplaires depuis 2012. Elle a également mis en place des formations à l'intervention précoce. Des formations MDFT ont aussi eu lieu dans quelques CJC des principales villes françaises.

listes, tel l'entretien clinique ou de soutien psychologique. En dix ans, les CJC ont par ailleurs inclus des professionnels variés pour diversifier l'offre de prise en charge et l'ouvrir à des intervenants tels que les thérapeutes familiaux, les sophrologues ou les éducateurs sportifs.

Un public en voie de diversification

La file active des CJC est composée de 30 000 personnes en 2014. Les consultants sont principalement des consommateurs venus seuls (dans près de 60 % des cas). La part des familles (en général les parents) venues sans le jeune avoisine quant à elle 7 %.

Justice et famille : les deux principaux vecteurs de recrutement

Depuis dix ans, la justice se présente comme l'institution adressant le plus de jeunes en CJC – notamment via des mesures comme les alternatives aux poursuites pénales. En 2007 ce type d'orientation s'élevait à 48 %. Malgré une baisse significative en 2015, il reste largement majoritaire, puisqu'il concerne 33 % du public accueilli. Jusqu'à cette même année, la démarche spontanée se hissait à la deuxième place des vecteurs de recrutement du public, avoisinant les 20 % de 2005 à 2014. En 2015, l'orientation par la famille la supplante, passant à 20 % alors que les démarches spontanées baissent à 18 %. L'implication des familles dans le dispositif est d'ailleurs un phénomène en hausse : en 2007, les jeunes venaient dans 14 % des cas consulter sous l'impulsion d'un parent ; en 2015, cette proportion atteint 20 %.

Toujours majoritairement des hommes, mais de plus en plus jeunes

Au niveau sociodémographique, la moyenne d'âge des consultants en 2015 est de 19,5 ans, et la classe d'âge la plus représentée est celle des 18-25 ans (près de 48 % du public). La tendance est au rajeunissement, puisqu'en 2005 les mineurs représentaient un quart de la population accueillie (Obradovic 2006), contre près de 45 % en 2015 (Protais *et al.* 2016). Le public des CJC est par ailleurs à dominante masculine, composé à 80 % de garçons depuis ses débuts. Cet état de fait peut être en partie compris comme une conséquence de la prédominance du public orienté par la justice, constitué principalement d'hommes (à 92 %). La difficulté du dispositif à capter un public féminin demeure toutefois un phénomène constant depuis ses débuts : leur proportion plafonne à 20 % depuis 2006, soit environ 6 000 personnes prises en charge en 2014. L'enquête ESCAPAD 2014 (Spilka *et al.* 2015d) révèle pour sa part que, parmi les filles de 17 ans ayant fumé du cannabis dans l'année (35 %), entre 23 000 et 26 000 présentaient un risque élevé d'usage problématique de cannabis. L'écart entre le nombre de filles nécessitant théoriquement une prise en charge reste donc particulièrement important.

Fragilisation sociale

Au niveau socio-économique, la part des consultants caractérisée par une fragilité semble s'accroître depuis dix ans. En 2015, chez les 18-25 ans, la proportion de chômeurs s'élève à 24 %, alors qu'elle était de 18,5 % chez les 20-25

ans en 2005 (elle s'élève à 18 % en population générale). En 2015, 62 % des consultants ont un niveau inférieur ou égal au brevet des collèges.

Les produits consommés : le cannabis, mais pas uniquement…

Diversification des conduites à l'origine de la consultation

En 2015, près de 89 % des personnes consultent pour la consommation d'au moins un produit (77 % pour un seul, 12 % pour plusieurs), et 11 % pour une conduite addictive d'un autre type, comme le jeu vidéo. Dans 75 % des cas, le produit consommé est le cannabis. Ce taux est en baisse depuis dix ans, puisqu'en 2005, 92 % des consultants venaient pour un problème lié à la consommation de ce produit. Conformément aux objectifs posés par son cahier des charges, le dispositif s'est donc progressivement ouvert aux autres types d'addictions, même si le recours pour ce produit reste largement majoritaire. Cette percée se traduit notamment par une hausse des consultants pour une addiction aux jeux vidéo (qui atteint 7 % des recours en 2015), un public qui se distingue en bien des points du reste des consultants en CJC : plus jeune, davantage encadré par la famille, moins fragilisé socio-économiquement et moins consommateur de substances psychoactives (Protais *et al.* 2016). Les recours pour une consommation d'alcool ou de cigarettes restent à l'inverse constants et minoritaires, avoisinant respectivement les 12 % et 7 % (Protais *et al.* 2016).

CJC : un dispositif suivi par l'OFDT depuis sa création

Depuis dix ans, l'OFDT mène avec le soutien financier de la Fédération Addiction un suivi du dispositif des CJC, visant à accompagner leur mise en place et leur développement, en caractérisant la population accueillie ainsi que les pratiques professionnelles qui s'y déploient.
La dernière étude a été réalisée en 2014-2015 et avait pour objectif de comparer l'évolution du public accueilli en un an, alors qu'un certain nombre d'actions avaient été mises en place dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) pour « valoriser et renforcer les consultations jeunes consommateurs » : campagne de communication sur les CJC, formation des professionnels, diffusion d'un référentiel de bonnes pratiques, constitution d'une base d'expériences de partenariats disponible en ligne… Cette enquête quantitative par questionnaires permettait également une comparaison de l'état du dispositif après dix années d'existence. Dans un souci de comparabilité des résultats, le protocole méthodologique n'a pas été modifié entre les volets menés en 2014 puis en 2015. Le questionnaire a toutefois été substantiellement raccourci la deuxième année pour ne pas défavoriser le taux de réponse, ce qui explique que certaines données du volet 2014 n'aient pas pu être actualisées en 2015.

Un public plus consommateur et expérimentateur

Comme on pouvait s'y attendre, la population des CJC se caractérise également par des prévalences de consommation plus élevées qu'en population générale. La part des consommateurs quotidiens de cannabis s'élève à 33 % en 2015, alors qu'elle concerne 4 % des jeunes de 17 ans en population générale (Spilka *et al.* 2015d). Parmi les consultants venus au titre du cannabis, près de 75 % sont jugés comme présentant un risque élevé d'usage problématique selon le CAST[2]. L'initiation au produit est précoce : en moyenne à 13,7 ans, alors qu'elle se situe généralement à 15 ans en population générale. De même, les expérimentations des autres drogues illicites sont bien supérieures : en 2015, l'usage au moins une fois dans la vie de cocaïne atteint 18 % en population CJC, contre 3,2 % en population générale ; celui de MDMA/ecstasy s'élève à 22 %, contre 3,8 % en population générale ; l'expérimentation d'héroïne atteint 6,7 %, alors qu'elle est de 1 % en population générale. Ces taux augmentent encore chez certains types de consommateurs particulièrement fragilisés socio-économiquement, tels que les consultants venus au titre de l'alcool chez qui l'expérimentation de cocaïne passe à 26 % et celle d'héroïne à 11 % (Protais *et al.* 2016).

Vue d'ensemble

En dix ans, les CJC se sont réparties sur l'ensemble du territoire en tissant des liens avec certaines institutions partenaires en mesure de recruter un public jeune, comme le milieu scolaire, où la tendance est à la multiplication des lieux de « consultation avancée ». Progressivement, elles investissent l'objectif d'intervention précoce affiché depuis leur mise en place via la circulaire DGS/DHOS/DGAS du 23 septembre 2004.

Elles tendent par ailleurs à se spécialiser sur des consultations individuelles, autour d'une population jeune, masculine, socio-économiquement fragilisée, monoconsommatrice, notamment de cannabis, orientée bien souvent par la justice et témoignant de consommations « à risques ».

Cette activité prédominante ne doit pas cacher d'autres objectifs qui participent à la définition du dispositif et qui montent en puissance au fil du temps, comme la prise en charge de l'entourage et la diversification des comportements addictifs, comme ceux liés aux jeux vidéo.
Ces consultations semblent donc bien jouer un rôle complémentaire aux autres missions des CSAPA, au regard de la spécialisation vers la tranche d'âge visée et d'un type de consommation caractéristique de l'adolescence (Beck *et al.* 2015b).

2. Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est un outil de détection des usages problématiques de cannabis élaboré par l'OFDT (Spilka et al. 2013).

Les approches psychosociales, mode efficace de prévention

Carine Mutatayi

L'efficacité des programmes de prévention des usages de drogues, soit leur capacité à réduire les pratiques addictives ou à peser sur les facteurs de risque ou de protection, est au cœur de nombreuses recherches (la plupart nord-américaines). Par essence, celles-ci s'intéressent particulièrement aux effets de la prévention sur des publics jeunes, notamment des adolescents en milieu scolaire.

L'enjeu croissant de l'efficacité de la prévention est lié à une volonté de modernisation et d'harmonisation de la qualité des réponses apportées aux populations, pour des raisons éthiques et une rationalisation des dépenses. L'étiologie des usages de drogues et l'expérimentation de programmes conceptualisés et structurés ont abouti à de grands principes d'actions efficaces, voire à la validation de modèles d'interventions. Cet article se concentre sur des approches de prévention universelle qui exploitent une dynamique sociale et sont documentés par la recherche comme étant les plus efficaces, tous contextes confondus (milieux scolaire, familial, communautaire).

La dynamique psychosociale, ingrédient clé de la prévention

De nombreux travaux mettent en avant que, pour les adolescents, les usages de tabac, d'alcool ou d'autres drogues participent souvent d'un style de vie et sont l'expression d'une influence sociale. Dès lors, des programmes de prévention ont utilisé l'influence sociale comme facteur protecteur, avec un certain succès, comme illustré dans cet article. Dans ce cas, les intervenants de prévention s'attachent à renforcer chez les jeunes des attitudes et des compétences qui aident à contrer la pression sociale poussant à consommer des drogues. Cette incitation sociale s'incarne dans la proposition de produits ou l'exhortation de la part des pairs et des proches, mais elle peut être aussi intériorisée par l'assimilation d'un modèle social réel ou perçu. Il s'agit alors de mettre à l'épreuve les capacités des jeunes à résister à l'offre de drogues (*anti-drugs resistance skills*). Deux angles sont principalement exploités : l'apprentissage de compétences psychosociales et les méthodes d'influence sociale sur les « croyances normatives ».

L'apprentissage de compétences psychosociales

Les programmes d'apprentissage social sont axés sur l'enseignement et l'exercice de compétences psychosociales (CPS) (*cf.* encadré). Ils se sont révélés efficaces pour réduire les usages de drogues en général, davantage que les programmes centrés sur la transmission de connaissances (Faggiano *et al.* 2014). L'hypothèse est que les jeunes entrent dans les consommations par assimilation et reproduction d'une structure de pensée favorable aux drogues émanant de certains pairs. Pour contrecarrer ce mécanisme, il faut parvenir à développer chez les jeunes des compétences personnelles génériques, cognitives, sociales et émotionnelles, pour les aider à déjouer l'influence des médias, du marketing (alcool, tabac) et les emprises interpersonnelles (notamment entre pairs) afin de résister à l'offre de produits. Ces compétences (CPS) sont par exemple la capacité à établir des objectifs, résoudre des problèmes, prendre des décisions, gérer des conflits, l'affirmation de soi, l'expression de ses émotions, l'écoute active et l'empathie (Lamboy *et al.* 2015). Les repères et les exercices proposés lors des séances de prévention visent aussi à améliorer chez les jeunes l'estime

Les compétences psychosociales (OMS) (WHO 1994)

Les compétences psychosociales (CPS) sont un ensemble de ressources psychologiques et d'aptitudes sociales. Elles permettent de maintenir des comportements favorables à sa santé, de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne dans les relations avec autrui, sa culture et l'environnement. Il s'agit de :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre des décisions ;
- savoir communiquer efficacement (se faire comprendre) / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- avoir conscience de soi (se connaître soi-même) / éprouver de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer le stress / savoir gérer ses émotions.

de soi, la gestion du stress et de l'anxiété, la confiance en soi pour interagir avec les autres.

Le modèle de formation aux « compétences de vie » (*lifeskills training*) fait partie de ces programmes d'apprentissage social (Botvin *et al.* 1995 ; Botvin et Griffin 2002). En s'attachant aussi à démentir de fausses croyances sur des aspects « positifs » des consommations, d'autres programmes qui impliquaient des enseignants ou des pairs sur le long terme ont permis de retarder et/ou de diminuer spécifiquement l'usage de cannabis : par exemple les projets Charlie (Chemical Abuse Resolution Lies In Education) ou Drug Abuse Prevention (DAP) et ALERT (Du Roscoät *et al.* 2013a).

L'influence sociale sur les croyances

Les acteurs de prévention qui exploitent les approches dites « d'influence sociale » agissent sur un ensemble de moteurs ou de freins afin d'amoindrir l'acceptabilité des usages. Dans ce cadre, les intervenants de prévention travaillent sur certaines croyances et normes que les jeunes projettent à l'égard des drogues ou des conduites addictives. L'enjeu est notamment de démentir la croyance répandue, en particulier chez les jeunes, selon laquelle les usages de drogues prédominent – constituent la norme – parmi les pairs ou son groupe social (méthode « d'éducation normative »). Il est ainsi crucial de préciser de façon objectivée la réalité du phénomène par opposition à l'imaginaire.

Une autre stratégie consiste à déjouer des valeurs ou croyances normatives favorables aux drogues (l'image d'un produit naturel ou les valeurs contestataires liées au cannabis...). Ces méthodes ont été documentées comme pertinentes pour influer les attitudes et infléchir les comportements (Cuijpers 2002 ; Faggiano *et al.* 2014 ; Foxcroft et Tsertsvadze 2011 ; Hansen 1992 ; Roe et Becker 2005 ; Sussman *et al.* 2004 ; Tobler *et al.* 2000), y compris parmi les groupes à risques (Porath-Waller *et al.* 2010 ; Roona *et al.* 2003 ; Tobler *et al.* 2000), même si des travaux plus récents viennent relativiser les attentes quant à leurs effets (Foxcroft *et al.* 2015).

La « rectification des valeurs ou croyances » (sur la nature des produits, le commerce et le trafic, l'influence des médias…) a pour but de consolider les représentations et opinions favorables à l'abstinence ou à l'usage modéré vis-à-vis des produits ou des jeux potentiellement addictifs. Cette

« reconstruction » requiert que l'on identifie les représentations initiales mais aussi que l'on considère de façon réaliste tous les aspects des usages, négatifs comme positifs. Elle doit rendre les jeunes conscients des valeurs qu'ils entretiennent, par comparaison à celles d'amis, d'adultes, d'autres groupes sociaux que le leur et mettre en évidence les jeux d'influence de la part des pairs, de la famille... En développant leur lucidité sur ces aspects, les jeunes sont incités à reconsidérer et délaisser des valeurs peu fondées pour adopter plus volontiers des valeurs favorables à leur santé. Il s'agit aussi de les aider à reconnaître les situations à risque et à identifier des alternatives aux bénéfices tirés de ces usages (hédonisme, sociabilité, etc.).

La capacité de résistance aux influences sociales est complémentaire de la connaissance sur les pratiques addictives et leurs risques encourus sanitaires et sociaux (y compris judiciaires). Combinés, l'apprentissage des CPS et la stratégie d'influence sociale s'avèrent particulièrement efficaces en prévention universelle en milieu scolaire, auprès de préadolescents ou d'adolescents (Faggiano *et al.* 2014 ; UNODC 2013). Le programme européen Unplugged en est un exemple (voir encadré) (Faggiano *et al.* 2008 ; Faggiano *et al.* 2010) ainsi que le projet ALERT, tous deux dirigés vers des élèves de 5e-4e (Ellickson et Bell 1990 ; Ghosh-Dastidar *et al.* 2004).

La forme au service du fond : interactivité, action des pairs, continuité…

Pour être efficaces, les approches de prévention qui exploitent le jeu des influences sociales requièrent une certaine interactivité des interventions, permettant aux publics de se positionner, de s'approprier ou de conforter des repères et de mettre en pratique leurs acquis dans un cadre protégé (Black *et al.* 1998 ; Porath-Waller *et al.* 2010 ; Roona *et al.* 2003 ; Tobler *et al.* 2000 ; White et Pitts 1998). Les actions doivent miser sur la démonstration, la rétroaction, mais également la répétition. Ainsi, le succès de programmes interactifs est-il étroitement lié à l'intensité des interventions auprès des publics pour un dosage suffisant des « messages » (White *et al.* 1998) et la possibilité d'un séquençage, deux aspects propices à un meilleur apprentissage. Toutefois, pour l'ensemble des approches documentées comme efficaces, les effets bénéfiques (abstinence, recul dans le temps de l'entrée dans les usages…) perdurent rarement au-delà de deux ans, ce qui indique le besoin d'une certaine continuité des réponses de prévention (McGrath *et al.* 2006).

Le concours de pairs « éducateurs » à l'élaboration et à la conduite des programmes de prévention est porteur pour ces approches d'influence sociale (Cuijpers 2002 ; Gottfredson et Wilson 2003). Il peut être particulièrement judicieux vis-à-vis des groupes à risque. Les programmes intégrés, installés dans de multiples cadres de vie de l'adolescent tels que l'école, la famille, la communauté (le quartier), sont davantage susceptibles d'empêcher, de repousser ou de réduire les usages de drogues que les programmes cloisonnés, y compris parmi les jeunes à risques (Du Roscoät *et al.* 2013a ; Jones *et al.* 2006). Le programme de prévention du tabagisme ASSIST en est un exemple (voir encadré).

La littérature scientifique appelle à concevoir et à planifier les programmes de prévention à la lumière des enseignements tirés. Elle préconise de privilégier les approches validées et de les mettre en œuvre au plus près des modalités prévues, pour la cohérence, le caractère évaluable et l'analyse de la transférabilité des expériences. Des standards de qualité sont aujourd'hui disponibles pour guider le développement et l'évaluation de programmes de prévention prometteurs ou encore pour aider à les identifier dans l'éventail des actions existantes (Brotherhood *et al.* 2011 ; UNODC 2013).

Exemples de programmes efficaces transposés en France

■ À travers une séquence de jeux en classe, le programme **Good Behavior Game (GBG)** vise à améliorer la solidarité, la capacité de concentration et de communication chez des enfants de l'école primaire et à valoriser les comportements appropriés. Il a été démontré comme efficace chez des enfants (suivis jusqu'à leurs 20 ans), du fait d'une baisse significative des conduites addictives (alcool, drogues illicites, tabagisme régulier), délinquantes, suicidaires, du recours aux services sociosanitaires et des incarcérations pour comportement violent (Kellam *et al.* 2011). Le GBG n'empiète pas sur le temps d'apprentissage scolaire, les enfants le pratiquant lors de leurs leçons habituelles. À court terme, il contribue également à pacifier le climat scolaire et à favoriser le bien-être des enfants comme des enseignants. Il est mis en œuvre dans plusieurs écoles de Valbonne Sophia Antipolis.

■ **Unplugged** est un programme de prévention universelle en milieu scolaire sur l'alcool, le tabac et les drogues, expérimenté dans plusieurs pays d'Europe auprès d'élèves de 12 à 14 ans, à travers 12 séances interactives d'une heure, menées par des enseignants formés. Le travail porte d'abord sur des aptitudes intra-personnelles, la confiance en soi, l'expression de soi et le respect des autres, en décryptant les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances et la réalité sur les produits et leurs effets et en ayant un œil critique (sur ce que disent les uns, la publicité…). Puis il s'agit de développer les habiletés interpersonnelles, de communication, d'opposition, de conciliation (fixer des objectifs est l'objet de la dernière séance). Le programme inclut trois séances destinées aux parents (comprendre l'adolescence, une bonne relation c'est aussi dicter des règles et des limites…). Unplugged a eu pour effet de réduire le tabagisme, les ivresses et l'usage de cannabis à court terme, chez les garçons (l'âge et l'estime de soi étant des facteurs explicatifs potentiels). Ces bénéfices ont persisté jusqu'à 15 mois pour ce qui est des ivresses et autres problèmes liés à l'alcool, des usages de cannabis, chez les jeunes de niveaux socio-économiques bas (Faggiano *et al.* 2014). Le programme est expérimenté autour d'Orléans, dans les Hauts-de-Seine et en Saône-et-Loire.

■ Le **programme ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial)**, expérimenté au Royaume-Uni, est dédié à des jeunes de 12-13 ans, en milieu scolaire, afin de prévenir l'entrée dans le tabagisme. Il s'appuie sur l'intervention d'élèves choisis par leurs pairs qui bénéficient d'une formation pour le renforcement de leurs connaissances sur le tabagisme, de leur capacité de communication interpersonnelle et de leur confiance à intervenir dans diverses situations. Ce sont ces mêmes capacités que les « pairs porteurs » doivent s'attacher ensuite à stimuler chez leurs camarades, lors de moments informels (en dehors de la classe). L'essai contrôlé randomisé mené sur trois ans auprès de 10 730 élèves de 59 collèges a montré les effets du programme ASSIST sur le tabagisme des adolescents, encore significatifs deux ans après le programme, y compris parmi des jeunes plus à risques (expérimentateurs, fumeurs occasionnels ou ex-fumeurs) (Campbell *et al.* 2008 ; Hollingworth *et al.* 2012).

Efficacité des interventions brèves

Cristina Díaz Gómez, Marcus Ngantcha

Intervenir précocement auprès des jeunes qui ont des consommations à risques est au cœur de la stratégie gouvernementale de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013). Ce choix s'inscrit dans la lignée du rapport de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (UNODC 2013). Il s'appuie sur un socle de connaissances accumulées depuis les années 1980 relatif à l'efficacité de l'intervention brève (IB) (Dunn *et al.* 2001). Quels sont les contextes (en milieu scolaire, à l'hôpital, etc.) qui permettraient d'optimiser l'intervention auprès des jeunes ? Certains jeunes usagers sont-ils plus réceptifs à ce type d'interventions que d'autres (âge, sexe, substance(s) consommées) ? Des études menées en France et à l'étranger apportent des éclaircissements utiles pour enrichir la réflexion sur les pratiques des professionnels en contact avec les jeunes.

L'intervention brève, une occasion privilégiée

Qu'est-ce que l'intervention brève ?

Développée au début des années 1990 (Miller et Rollnick 1991 ; Miller et Rollnick 2002), l'intervention brève se décline en plusieurs variantes (Grenard *et al.* 2006 ; Milhet et Díaz Gómez 2006). D'après la définition fournie par les standards internationaux en prévention de l'ONUDC, l'intervention brève s'adresse à des personnes qui ne sont pas en demande de traitement mais qui ont un usage à risque ou sont en difficulté avec leur consommation. Elle consiste en un conseil personnalisé minimal suivi d'une orientation en consultation si nécessaire. La modalité la plus diffusée est celle inspirée de l'approche motivationnelle (IBM, intervention brève motivationnelle), (Tevyaw et Monti 2004), méthode centrée sur la personne qui propose d'explorer son ambivalence, ses motivations et ses capacités de changement (Miller *et al.* 1991). En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande ainsi aux professionnels d'évaluer les risques encourus par le consommateur à l'aide de l'entretien motivationnel (HAS 2014).

Quelle peut être son utilité ?

Lors de la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, les jeunes ont tendance à bien accepter l'interaction avec une personne bienveillante qui respecte leurs décisions, le besoin d'explorer leurs limites, d'établir leurs valeurs et de fixer leurs propres objectifs de changement (Naar-King et Suarez 2011). L'intervention est aussi un levier efficace pour minimiser le sentiment de frustration qui souvent accompagne les processus de changement (Mehlenbeck et Wember 2008). Enfin, l'absence de jugement de la part de l'intervenant ou du thérapeute et l'attitude fondée sur l'empathie rendent l'approche motivationnelle particulièrement adaptée aux populations adolescentes (Tober 2002 ; Werner 1995).

Que sait-on de son efficacité ?

En milieu scolaire, la littérature montre que les interventions sont efficaces auprès des moins de 18 ans pour réduire la fréquence de consommation d'alcool et de cannabis. Elles sont aussi un moyen de diminuer l'abus et la dépendance à ces deux substances (Carney *et al.* 2016). Sur les campus universitaires, ces approches permettent de réduire efficacement la consommation et les dommages liés à l'abus d'alcool parmi les étudiants de 18 à 25 ans. Elles facilitent également le repérage des situations nécessitant l'orientation en consultation (Carey *et al.* 2007 ; Fachini *et al.* 2012 ; Ickes *et al.* 2015). Certaines études suggèrent que les jeunes femmes seraient plus réceptives aux interventions que leurs homologues masculins (Carey *et al.* 2010 ; Carey *et al.* 2011).

À l'hôpital (services des urgences), l'efficacité de cette démarche chez les 12-25 ans sur la consommation ou les conséquences négatives liées à l'alcool n'est pas clairement démontrée (Diestelkamp *et al.* 2016). Lorsque l'on s'intéresse à une diversité de milieux (cliniques dentaires, hôpital, centres de détention correctionnelle, etc.), des résultats faibles mais positifs ont été démontrés en faveur de l'IBM (Grenard *et al.* 2006 ; Jensen *et al.* 2011 ; Macgowan et Engle 2010 ; Tait et Hulse 2003). La plupart des travaux ont étudié l'impact des interventions sur l'usage d'alcool seul ou en polyconsommation. Moins nombreuses, les études portant spécifiquement sur la réduction de la consommation de tabac ont montré une moindre efficacité (Tait et Hulse 2003).

La diffusion des IBM dans l'ensemble des espaces fréquentés par les jeunes est recommandée par la littérature scientifique. Cependant, certains lieux accueillant des publics spécifiques gagneraient à être mieux étudiés : services des urgences pédiatriques, centres de planification familiale, services de protection judiciaire de la jeunesse… (Patton *et al.* 2014).

Quelles sont les modalités d'intervention les plus prometteuses ?

Les interventions délivrées au moyen d'Internet ou d'applications mobiles présentent un bon rapport coût/efficacité (Rooke *et al.* 2010). Grâce à leur grande acceptabilité parmi les jeunes, ces modalités de mise en œuvre permettent d'atteindre un large public : elles paraissent moins stigmatisantes et le cadre est également moins contraignant (Tevyaw *et al.* 2004). De nombreuses études auprès des jeunes ont montré que le repérage des comportements à risque au moyen d'un terminal informatisé ou d'un ordinateur s'avère acceptable, faisable et efficace dans des centres d'accueil de premier recours ou à l'hôpital (Harris et Knight 2014 ; Patton *et al.* 2014).

En face à face, les modalités les plus prometteuses seraient les interventions individuelles (Hennessy et Tanner-Smith 2015) et celles reposant sur l'influence des pairs (Fachini *et al.* 2012) et des parents (Winters et Leitten 2007). Dans un contexte de polyconsommation, les interventions ciblant à la fois l'alcool et les drogues illicites sont efficaces pour réduire l'ensemble des usages. En revanche, celles qui ne visent que l'alcool n'ont pas d'impact sur les autres substances (Tanner-Smith *et al.* 2015).

Des expériences de déploiement en France

Certains réseaux associatifs en collaboration avec l'Éducation nationale et des professionnels du milieu sociosanitaire (consultations jeunes consommateurs – CJC, hôpital…) ont participé à la diffusion de l'IBM au niveau local. Quelques initiatives ont été évaluées et apportent des éclairages utiles (les études présentées n'ont pas une visée exhaustive). Une première étude réalisée dans l'académie de Versailles (Lécallier *et al.* 2012) n'a pas permis de montrer l'impact de l'intervention sur la fréquentation des CJC. Toutefois, il est apparu que les élèves demandaient davantage à revoir les infirmières et les médecins scolaires. Une autre étude conduite auprès des jeunes de moins de 25 ans vus aux urgences d'un hôpital de Rennes (Díaz Gómez *et al.* 2014) n'a pas montré l'efficacité de l'IBM sur la consommation d'alcool, un résultat convergent avec la littérature internationale (Diestelkamp *et al.* 2016).

S'agissant spécifiquement du rôle du personnel scolaire, deux études ont examiné l'impact de la formation au repérage précoce et intervention brève (RPIB), la première auprès d'infirmières scolaires en Île-de-France et la seconde auprès des professionnels de l'Éducation nationale en Aquitaine. Cette action améliore significativement les opinions des personnels sur leurs capacités à repérer et à intervenir utilement auprès des jeunes dans des situations de comportement à risque (Le Rouzic *et al.* 2015). Lorsqu'elle est suivie de mesures d'accompagnement simples, elle permet d'améliorer la capacité d'intervention effective des professionnels (Michaud *et al.* 2015).



Approche territoriale

6

Comparaison régionale des usages de drogues à 17 ans

Thibault Gauduchon, Stanislas Spilka

Depuis une quinzaine d'années, l'enquête ESCAPAD menée par l'OFDT permet de mesurer, à l'échelle régionale, les usages de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans. Ces données sont aujourd'hui essentielles pour les acteurs régionaux et locaux qui mettent en œuvre et adaptent à leur territoire les politiques publiques de prévention.

Les usages des trois produits les plus diffusés chez les jeunes (alcool, tabac et cannabis) diffèrent selon les territoires (Beck *et al.* 2008b). Cependant, les disparités régionales[1] sont variables selon le produit et la fréquence d'usage considérés. Les niveaux de consommation régionaux sont ainsi plus contrastés pour l'alcool que pour le tabac. Les produits illicites autres que le cannabis (cocaïne, MDMA, etc.) sont difficilement analysables à cette échelle territoriale car beaucoup plus rares.

Ces différences dessinent des ensembles régionaux cohérents et relativement stables dans le temps (Le Nézet *et al.* 2014, 2015). Les régions métropolitaines situées dans l'ouest du pays, les régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées et celles situées dans l'axe de la vallée du Rhône (de la Champagne-Ardenne à Rhône-Alpes) présentent souvent des niveaux d'usage supérieurs à la moyenne (figure 1). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) associe quant à elle des consommations d'alcool plus faibles que la moyenne métropolitaine, avec une consommation de cannabis plus élevée. Enfin, les régions situées dans le nord du pays et l'Île-de-France sont clairement caractérisées par des niveaux d'usage plus faibles que sur le reste du territoire.

Ces disparités résultent d'interactions entre des composantes individuelles, sociales et territoriales, difficiles à évaluer. L'étude des facteurs associés à la consommation de substances psychoactives montre que, à l'adolescence, les variables socio-économiques (comme les revenus parentaux) conditionnent significativement les comportements d'usage à l'échelle de la population (Spilka *et al.* 2015d). Les inégalités entre espaces géographiques, notamment économiques, jouent donc un rôle non négligeable sur les niveaux d'usages des régions.

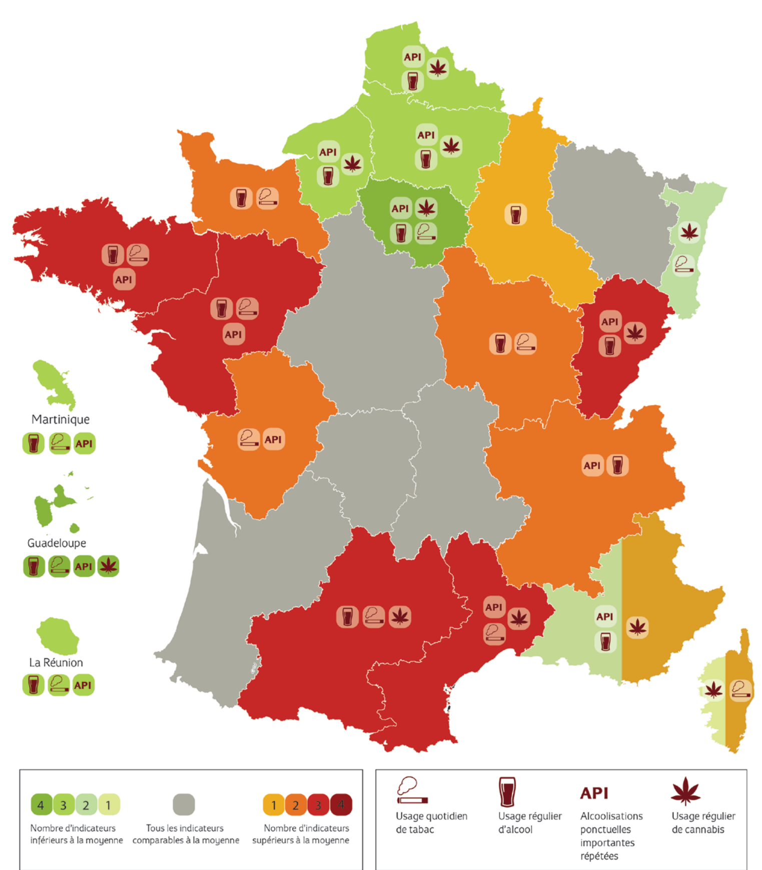
Mais d'autres éléments, propres aux territoires, sont également susceptibles d'influencer les comportements. Certains facteurs sont par exemple d'ordre « culturel ». Dans certaines régions viticoles comme dans les Pays de la Loire ou dans la région Rhône-Alpes, les traditions liées à la culture du vin peuvent expliquer un tropisme vers les consommations d'alcool (Beck *et al.* 2005b) ; en Bretagne, la consommation d'alcool semble davantage valorisée parmi les jeunes que dans les autres régions. Les spécificités territoriales peuvent aussi être liées à des caractéristiques géographiques,

1. Anciennes régions administratives, avant la réforme territoriale de 2016.

comme la proximité de frontières permettant l'approvisionnement en tabac moins cher ou la présence dans la région de routes du trafic de produits illicites, comme c'est le cas dans le sud de la France pour le cannabis. La présence de la frontière espagnole est en effet concordante avec une plus large diffusion du cannabis.

Ces spécificités territoriales doivent cependant être mobilisées avec prudence et restent des pistes d'interprétation.

Figure 1 - Synthèse des usages fréquents de produits psychoactifs (tabac, alcool, et cannabis) à 17 ans en 2014



Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Note de lecture : Cette carte synthétique présente les profils régionaux d'usages réguliers de produits psychoactifs en 2014. La présence d'un pictogramme indique une différence significative pour le produit entre le niveau d'usage observé dans la région considérée et le niveau observé sur le reste du territoire métropolitain. Cette carte reflète les grands ensembles régionaux et les particularités régionales observées depuis 2005 (voir la base ODICER, http://odicer.ofdt.fr).

Tabac

Parmi les produits psychoactifs consommés régulièrement par les jeunes, le tabac est de loin le plus répandu, avec 32 % d'usagers quotidiens en 2014. L'usage de tabac est réparti de manière relativement homogène sur le territoire. Une majorité de régions métropolitaines présente toujours un niveau de consommation comparable à la moyenne (figure 3). Certaines se caractérisent néanmoins par des niveaux de tabagisme significativement différents.

Figure 2 - Expérimentation de tabac à 17 ans (2014)

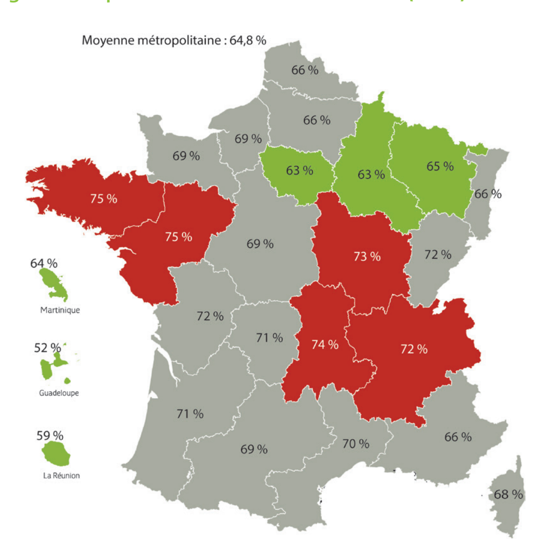
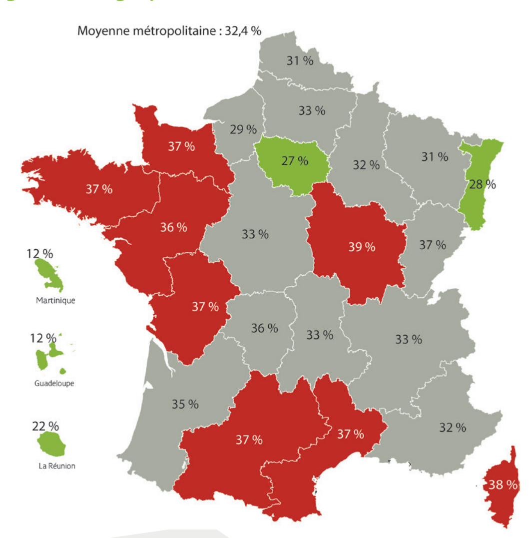
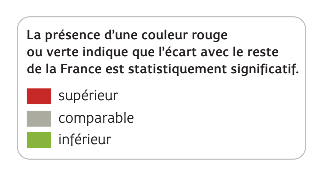


Figure 3 - Usage quotidien de tabac à 17 ans (2014)





Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Dans les enquêtes ESCAPAD successives, c'est en Île-de-France que la proportion de fumeurs quotidiens est la plus faible. En dehors de cette région, le niveau de tabagisme n'est en deçà de la moyenne nationale qu'en Alsace en 2014 (28 %) et en Rhône-Alpes en 2008 (27 %). À l'inverse, depuis une dizaine d'années, les régions Bretagne, Basse-Normandie, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées se démarquent par des prévalences tabagiques significativement plus élevées (voir la base ODICER en ligne).

Alcool

La répartition régionale de la consommation d'alcool chez les jeunes est très inégale, notamment pour les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API). Les régions où le niveau de la consommation d'alcool est comparable à la moyenne métropolitaine sont minoritaires ; le territoire est ainsi marqué par des ensembles de régions en nette opposition.

Trois grands ensembles de régions se dessinent : l'Île-de-France et les régions situées dans le nord (Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie), qui se distinguent par des niveaux d'usage faibles ; le Grand Ouest et la moitié méridionale de la France (PACA excepté), qui se caractérisent par des niveaux élevés d'API ; enfin, la région PACA, qui, contrairement à ses deux régions mitoyennes présente un niveau d'API nettement inférieur à la moyenne métropolitaine.

La répartition territoriale de l'usage régulier d'alcool est également contrastée (figure 4). Moins répandu que l'API, l'usage régulier d'alcool offre des oppositions régionales moins nombreuses mais cohérentes avec les ensembles décrits plus haut. Les prévalences de l'API et de l'usage régulier d'alcool varient du simple au double entre les régions les plus extrêmes.

Figure 4 - Consommation régulière de boissons alcoolisées (10 fois et plus dans le mois) à 17 ans (2014)

Moyenne métropolitaine : 12,3 %

10 %
9 %
8 %
8 %
17 %
17 %
16 %
12 %
10 %
22 %
12 %
15 %
16 %
9 %
Martinique
14 %
11 %
7 %
13 %
15 %
Guadeloupe
11 %
5 %
15 %
13 %
10 %
La Réunion
10 %

La présence d'une couleur rouge ou verte indique que l'écart avec le reste de la France est statistiquement significatif.
- supérieur
- comparable
- inférieur

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

En 2014, 22 % des jeunes interrogés en Pays de la Loire déclaraient consommer régulièrement de l'alcool et 34 % déclaraient au moins trois API au cours du mois précédant l'enquête, contre, respectivement, 8 % et 15 % des jeunes interrogés en Île-de-France (figures 4 et 5).

Figure 5 - Alcoolisation ponctuelle importante (API) au moins une fois dans le mois à 17 ans (2014)

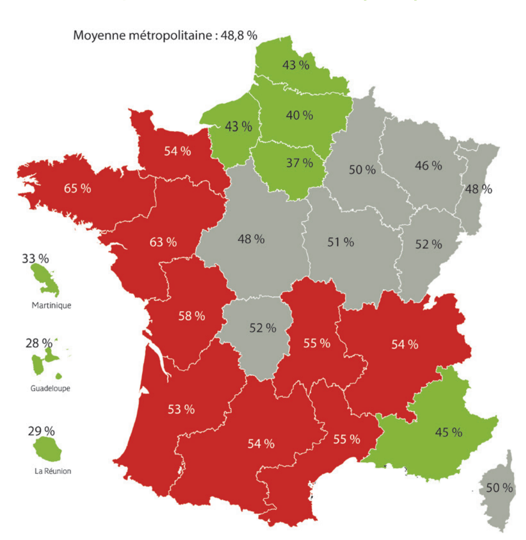
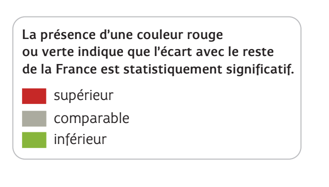
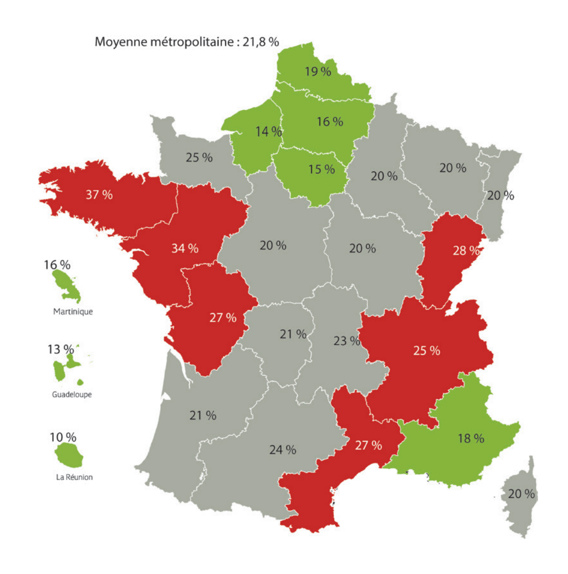


Figure 6 - Alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée dans le mois à 17 ans (2014)

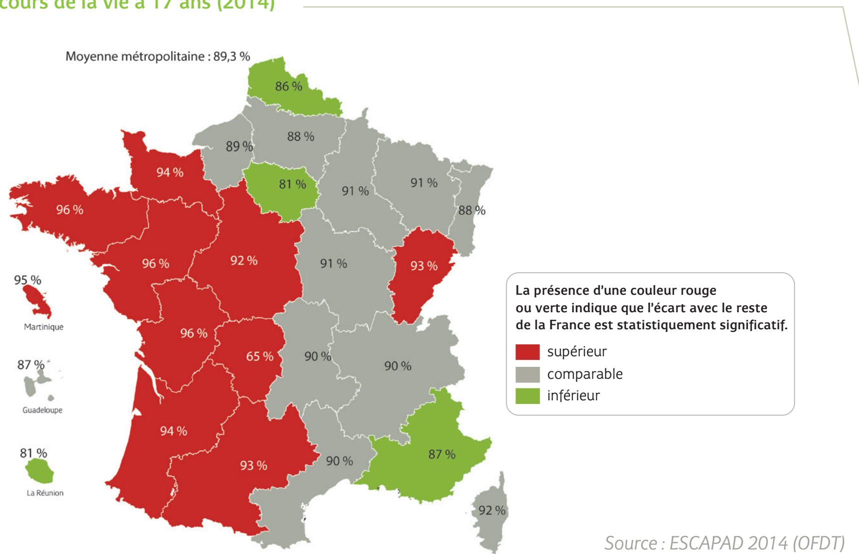




Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

La grande majorité des jeunes de 17 ans a déjà expérimenté l'alcool. À l'échelle de l'ensemble du territoire métropolitain, seuls 10 % des jeunes déclaraient en 2014 ne jamais avoir bu de boisson alcoolisée. L'Île-de-France se distingue par un niveau d'expérimentation de l'alcool nettement inférieur à la moyenne, puisque 19 % des jeunes Franciliens de 17 ans déclarent ne jamais avoir bu de boisson alcoolisée (figure 7).

Figure 7 - Consommation d'au moins une boisson alcoolisée au cours de la vie à 17 ans (2014)



Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Cannabis

Depuis 2005, l'expérimentation de cannabis touche davantage les régions de la façade atlantique et le sud de la France (figure 8). Un gradient d'environ 10 points oppose ces régions au nord de la métropole. En 2014, l'usage du cannabis au moins une fois au cours de la vie s'élevait au-dessus de 50 % dans les régions de l'ouest et du sud (51 % en Pays de la Loire et 54 % en Languedoc-Roussillon), tandis que, au nord, l'expérimentation avoisinait 42 % (41 % en Nord-Pas-de-Calais, 43 % en Haute-Normandie).

Les différences sont moins marquées lorsque l'on considère la consommation régulière de cannabis (figure 9). Les régions qui se distinguent nettement du reste du territoire sont peu nombreuses et varient davantage en fonction des années. La région PACA fait néanmoins figure d'exception, les usages régu-

liers de cannabis étant toujours supérieurs à la moyenne métropolitaine de 3 points environ, quelle que soit l'année de l'enquête. En 2014, 12 % des jeunes de PACA déclaraient fumer régulièrement du cannabis, contre environ 9 % sur l'ensemble du territoire.

Figure 8 - Expérimentation de cannabis à 17 ans (2014)

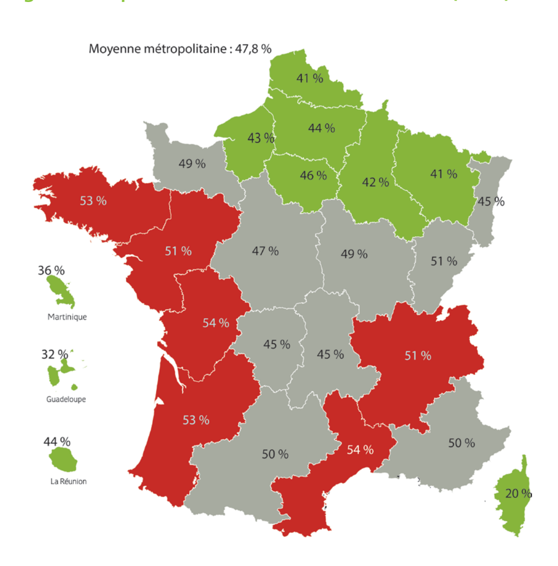
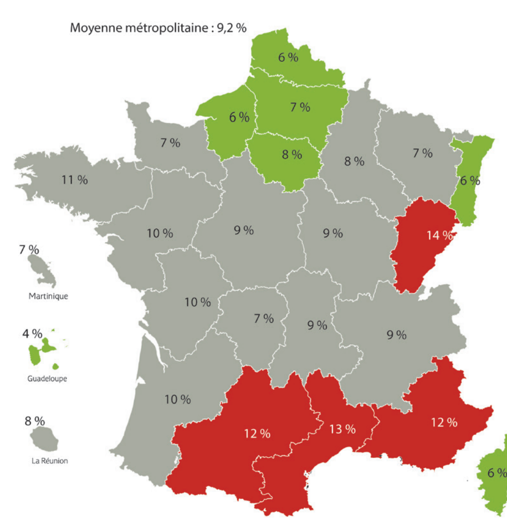
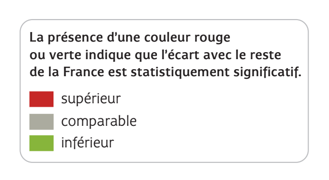


Figure 9 - Usage régulier de cannabis (10 fois et plus dans le mois) à 17 ans (2014)





Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Urbanisation des territoires et disparités sociales

Thibault Gauduchon, Michel Gandilhon, Stanislas Spilka

L'analyse régionale des usages de drogues développée précédemment montre que le territoire métropolitain est marqué par des disparités plus ou moins grandes selon les produits et les usages. Les enquêtes nationales ESCAPAD et Baromètre santé (voir Repères méthodologiques) offrent aussi la possibilité d'étudier les niveaux de consommation selon différentes échelles territoriales.

En effet, d'autres critères de découpage permettent d'approfondir la question des territoires. L'approche proposée ici est une comparaison des usages de produits psychoactifs selon le degré d'urbanisation du lieu de résidence des jeunes interrogés. Les données recueillies autorisent une analyse en cinq classes du territoire : les communes rurales, trois catégories d'agglomérations[1] et enfin l'agglomération parisienne[2], qui constitue une classe à part entière du fait de son poids important dans le paysage français.

On sait cependant que le cadre de vie des adolescents ne se limite pas à leur seule commune de résidence et que son caractère urbain ou rural ne saurait caractériser complètement leur environnement. La scolarisation est notamment un facteur de mobilité, de rencontre, voire de mixité capable de créer des opportunités de consommation et de niveler les niveaux d'usages entre les différents espaces. L'analyse montre néanmoins que les communes rurales et les grandes agglomérations présentent des logiques de consommation différentes et que ce critère demeure pertinent.

Compte tenu de leur étendue et de leur poids démographique, les grandes unités urbaines sont elles-mêmes le lieu de nombreuses fractures économiques et sociales susceptibles de modeler les usages de drogues. En France, l'agglomération parisienne est un exemple probant de ces inégalités territoriales que l'enquête ESCAPAD permet d'explorer.

Le changement d'échelon territorial dans l'observation des consommations met en évidence des situations qui vont parfois à l'encontre d'idées reçues, comme celles qui associent la consommation de drogues à la densité d'agglomération.

1. Les agglomérations sont des zones de bâti continu d'au moins 2 000 habitants par commune, et regroupant plusieurs communes. Elles sont classées selon leur nombre d'habitants. Sont considérées comme rurales les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (INSEE).

2. L'agglomération parisienne recouvre entièrement les départements de Paris, du Val-de-Marne, de la Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine et possède des ramifications dans les quatre autres départements d'Île-de-France.

Usages en milieux ruraux et urbains

À 17 ans, l'usage quotidien de tabac est relativement homogène entre les territoires urbains et ruraux, à l'exception de l'agglomération parisienne qui se caractérise par un niveau de tabagisme nettement plus faible (26 % contre 33 %). Les zones urbaines et rurales se différencient davantage en termes d'usage d'alcool et de cannabis. Les adolescents qui résident dans des communes rurales ont tendance à consommer plus régulièrement de l'alcool. En 2014, 15 % des adolescents de 17 ans résidant dans une zone

Figure 1 - Usage régulier d'alcool en milieu urbain et rural (%)

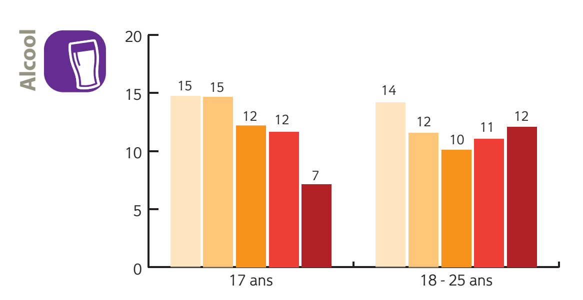


Figure 2 - Tabagisme quotidien en milieu urbain et rural (%)

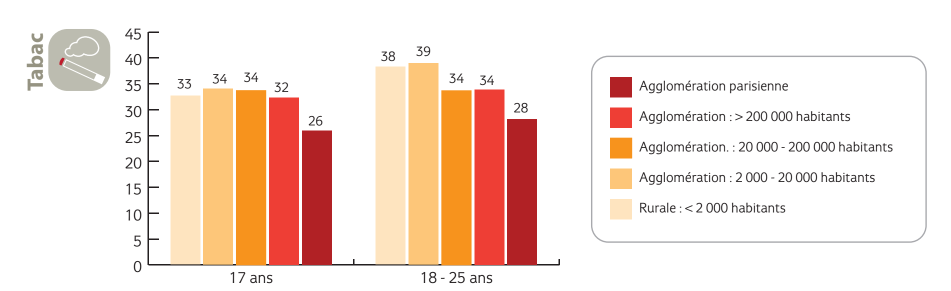
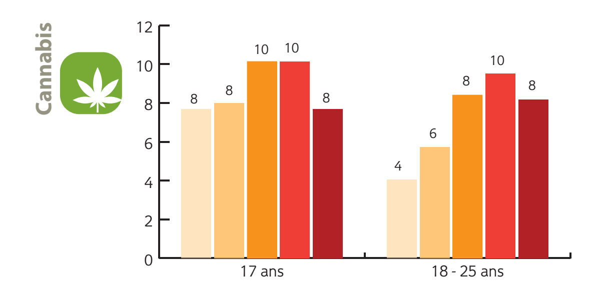


Figure 3 - Usage régulier de cannabis en milieu urbain et rural (%)



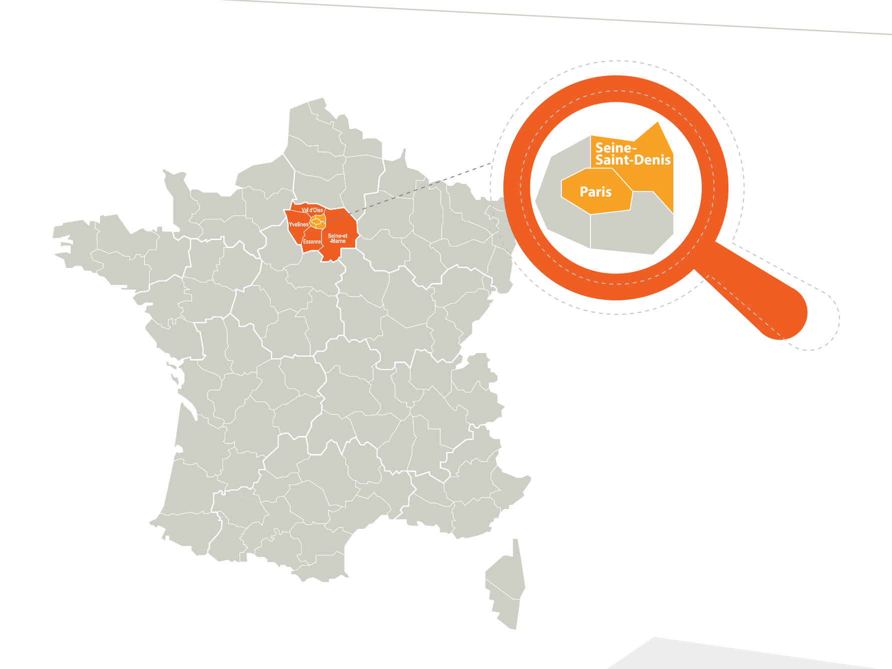
Sources : ESCAPAD 2014 (OFDT), Baromètre santé 2014 (INPES)

rurale déclaraient un usage régulier d'alcool, contre 12 % pour leurs homologues vivant dans une agglomération de plus de 200 000 habitants. À l'inverse, les grandes agglomérations enregistrent des niveaux d'usage régulier de cannabis un peu plus élevés que les petites communes (10 % contre 8 %). Comme pour l'usage quotidien de tabac, l'agglomération parisienne se situe nettement au-dessous des autres agglomérations en termes d'usage d'alcool et de cannabis.

Parmi les jeunes adultes, la consommation quotidienne de tabac n'est pas aussi uniforme qu'à 17 ans entre les différents espaces. Le tabagisme quotidien est moins répandu dans les grandes agglomérations que dans les zones rurales et les petites agglomérations : 10 points de consommation séparaient les communes rurales (38 %) de l'agglomération parisienne (28 %) en 2014. Concernant la consommation régulière de cannabis, la hiérarchie des espaces est inversée : les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans des communes rurales consomment moins régulièrement du cannabis (4 % contre 8 % dans les grandes agglomérations).

Comparaison des départements de Paris et de Seine-Saint-Denis

L'agglomération parisienne se démarque nettement du reste du territoire sur le plan démographique, économique et culturel. Mais cette vaste unité urbaine recouvre elle-même de grandes inégalités. La commune de Paris et le département mitoyen de la Seine-Saint-Denis sont un exemple probant de clivages territoriaux.



Le profil des jeunes Parisiens et Séquano-Dionysiens de 17 ans interrogés dans ESCAPAD illustre bien ce contraste, avec notamment une proportion nettement plus élevée d'apprentis parmi les jeunes de Seine-Saint-Denis (6,3 % contre 3,7 % à Paris). Le diplôme des parents est aussi un marqueur fort de disparités, avec moins de un parent sur trois diplômé de l'enseignement supérieur en Seine-Saint-Denis, contre deux sur trois à Paris.

Les nombreux contrastes observés entre Paris et la Seine-Saint-Denis trouvent des répercussions dans les niveaux d'usage de drogues mesurés dans ces deux départements (Spilka et Bouillet 2015a). Les jeunes Parisiens âgés de 17 ans déclarent consommer davantage de tabac, d'alcool et de cannabis que leurs homologues résidant en Seine-Saint-Denis (tableau 1). Le tabagisme quotidien concerne un adolescent sur trois à Paris (33 %) et seulement un jeune sur cinq en Seine-Saint-Denis (21 %). Les jeunes Parisiens sont 23 % à déclarer au moins trois alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans le mois, contre seulement 8 % des Séquano-Dionysiens. Enfin, le cannabis est plus expérimenté à Paris (54 %) qu'en Seine-Saint-Denis (33 %).

Tableau 1 - Usage de produits psychoactifs à 17 ans en 2014 à Paris et en Seine-Saint-Denis (%)

	Fréquence d'usage	Paris	Seine-Saint-Denis
Tabac	Expérimentation	71	52*
	Dans le mois : <1 cig./jour (occasionnel)	13	8*
	Quotidien : ≥1 cig./jour	33	21*
Alcool	Expérimentation	88	62*
	Dans le mois : ≥ 1 usage	71	40*
	Dans le mois : ≥ 10 usages (régulier)	13	4*
Alcoolisation ponctuelle importante	Dans le mois : ≥ 1 fois	47	24*
	Dans le mois : ≥ 3 fois (répétée)	23	8*
Cannabis	Expérimentation	54	33*
	Dans le mois : ≥ 1 usage	29	18*
	Dans le mois : ≥ 10 usages (régulier)	9	8

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

*Lecture : « * » Indique un écart significatif (P < 0,05, test du Khi²) entre les prévalences mesurées en Seine-Saint-Denis et à Paris.*

Jeunes adultes et drogues illicites en milieu rural

L'usage de drogues illicites autres que le cannabis chez les jeunes ne se résume pas à un phénomène touchant les métropoles et les grandes villes. Ainsi, en 2010, les résultats du Baromètre santé montraient une augmentation plus rapide de l'expérimentation de la cocaïne au sein des populations habitant dans les petites unités urbaines et les communes rurales[3] (Tovar *et al.* 2012). Parallèlement, les observations menées dans le cadre du dispositif TREND mettent en évidence une visibilité plus grande dans les zones rurales et périurbaines des problématiques liées au développement de l'usage de drogues chez les jeunes, que ce soit dans un cadre festif ou privé. Une investigation spécifique conduite en 2012 sur certains sites du dispositif (Bordeaux, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) a permis d'avoir une idée plus précise des populations concernées (Gandilhon et Cadet-Taïrou 2015).

Le premier groupe est plutôt composé de jeunes « néoruraux », en provenance des grands centres urbains. Ils se sont installés dans les campagnes environnant les métropoles afin d'échapper à des situations de grande précarité sociale, liée notamment aux difficultés à trouver un logement ou un emploi. Ce sont des jeunes adultes inscrits dans des consommations de drogues importantes (amphétamines, opiacés) et appartenant fréquemment à la sous-culture alternative techno. À cette population bien spécifique s'ajoutent aussi des jeunes « urbains », peu qualifiés, à la recherche des petits emplois saisonniers que peut offrir le monde rural et aux consommations de drogues plus occasionnelles. Ces néoruraux s'inscrivent pleinement dans la tendance observée plus généralement en France de migration des catégories les plus fragiles de la population (ouvriers, employés) en direction des zones périurbaines et rurales (Guilluy et Noyé 2004).

Ils côtoient d'autres jeunes, eux aussi consommateurs de drogues illicites, issus directement de la ruralité. De fait, l'usage de drogues dans les campagnes ne se limite pas à un phénomène importé de l'extérieur. Ainsi, à l'image de ce qui prévaut dans la jeunesse française, l'initiation se structure autour du triptyque alcool-tabac-cannabis (Spilka *et al.* 2015d) et peut se prolonger, notamment à la faveur de moments festifs (de la fête villageoise à la free party), avec d'autres produits. Contrairement à une idée reçue selon laquelle l'offre de drogues serait rare, aucun problème majeur de disponibilité n'est observé. L'approvisionnement en substances illicites s'opère en effet généralement grâce à l'achat dans les grandes villes ou les pays frontaliers de la France (Espagne, Pays-Bas) via un trafic de fourmis d'usagers-revendeurs, lequel joue un rôle majeur dans la disponibilité des produits sur l'ensemble du territoire français.

Dès lors, ce qui distingue vraiment les territoires urbains et ruraux en France tient aux inégalités dans l'accès aux soins et à la réduction des risques pour les jeunes les plus touchés par les usages problématiques. Alors que certains départements sont marqués par de fortes consommations d'héroïne ou de sulfates de morphine dans les zones périurbaines et rurales, les dispositifs de prise en charge, malgré les progrès accomplis ces dernières années (CAARUD mobiles, programmes d'échange de seringues postaux) y sont notoirement insuffisants (Schléret *et al.* 2013).

3. Entre 2005 et 2010, l'expérimentation de cocaïne a progressé de 33 % dans les communes rurales contre 25,5 % dans les unités urbaines de 200 000 habitants.

Consommations de substances psychoactives outre-mer

François Beck, Stanislas Spilka

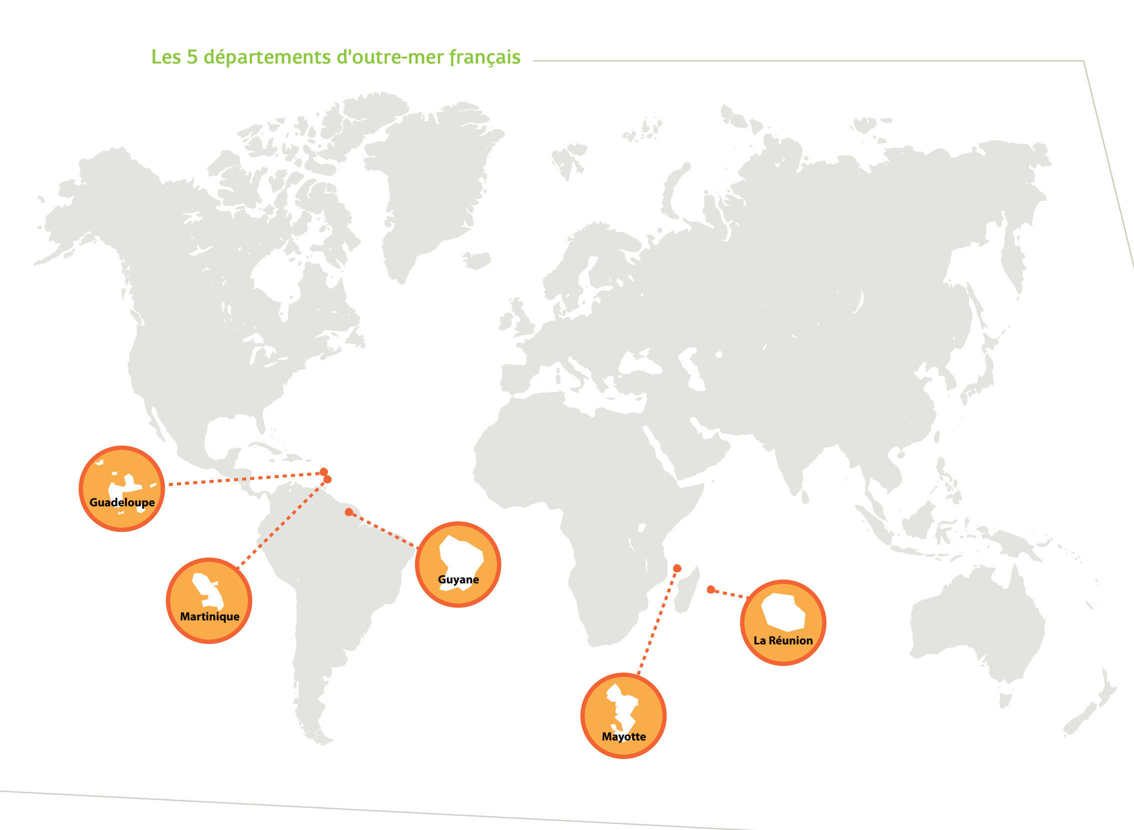
Les comportements de consommation de produits psychoactifs de la population ultra-marine[1] apparaissent singuliers et contrastés. Le principal constat est celui d'une population jeune globalement moins concernée par les usages, comparée à la situation métropolitaine. Si ce trait est vérifié pour quasiment tous les produits et pour tous les départements, il convient toutefois d'y apporter quelques nuances. En effet, une diffusion des produits et des niveaux d'usage de tabac, d'alcool et de cannabis faibles, en population adolescente comme en population jeune adulte, côtoient des pratiques très spécifiques, comme par exemple un usage important de crack dans les départements français d'Amérique (DFA, à savoir les Antilles et la Guyane). Cette consommation concerne néanmoins des populations précarisées, pour la plupart plus âgées, avec des scènes ouvertes, notamment à Fort-de-France (Beck et Richard 2011b).

Les départements d'outre-mer (DOM) recouvrent aussi d'autres caractéristiques qui les distinguent fortement du reste du territoire national et qui peuvent constituer des éléments de compréhension des pratiques observées. Les DFA, par exemple, du fait de leur situation géographique entre les zones de production (Amérique du Sud et centrale), et celles qui constituent les grandes destinations du trafic (Amérique du Nord et Europe), se révèlent des lieux de transit stratégiques pour des produits comme le cannabis, la cocaïne et le crack (Gandilhon et Weinberger 2016). Ces territoires, dotés en outre d'aéroports internationaux, représentent des portes d'entrée en direction des marchés européens. Le département de La Réunion, situé dans l'océan Indien, se caractérise quant à lui à la fois par des productions ancrées localement, comme le cannabis, et l'importation de substances provenant principalement de métropole telles que l'héroïne ou l'ecstasy. Le trafic de produits avec les îles avoisinantes concerne surtout les médicaments détournés de leur usage.

Par ailleurs, les DOM bénéficient d'un régime dérogatoire en ce qui concerne la législation en matière de contrôle du tabac, avec notamment une fiscalité applicable aux produits du tabac vendus dans ces territoires qui les rendent moins chers qu'en métropole (Alliance contre le tabac 2009). À l'inverse, les boissons alcooliques voient leur prix majoré par une taxe spécifique, l'octroi de mer, dès lors qu'elles ne sont pas produites localement. Seuls le rhum et la bière font l'objet d'une production locale.

1. Depuis plusieurs années, le dispositif d'observation national s'efforce de décliner dans les départements d'outre-mer les enquêtes réalisées en métropole. Cependant, diverses difficultés liées aux caractéristiques de ces territoires (éloignement, particularités locales, infrastructures moins développées…) rendent leur réalisation plus compliquée, voire parfois incertaine. Au final, on ne dispose de données de consommation parfaitement comparables d'un territoire à l'autre que pour la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion.

Les 5 départements d'outre-mer français



Parcours scolaire et formation

Au-delà de leur insularité (la Guyane mise à part), les DOM se caractérisent par une proportion de jeunes rencontrant d'importantes difficultés scolaires, plus élevée que celle observée en métropole, ce qui peut constituer un facteur favorisant certaines pratiques addictives. Selon une étude réalisée en 2012 par le ministère de l'Éducation nationale, la part de jeunes de 17 ans en difficulté de lecture est d'environ 10 % en moyenne en métropole tandis que ce taux atteint 28 % à La Réunion, 30 % en Martinique, 33 % en Guadeloupe, 48 % en Guyane et jusqu'à 75 % à Mayotte. En métropole, 4 % des jeunes de 17 ans sont en situation d'illettrisme : ils sont 15 % à La Réunion, 16 % en Guadeloupe, 20 % en Martinique, 29 % en Guyane et 51 % à Mayotte, soit 10 fois plus qu'en métropole (ANLCI 2016).

En outre, dans les DOM, le niveau d'études à la sortie du système scolaire reste très en deçà de celui de la métropole : environ 25 % des jeunes Antillais et Réunionnais de 20 à 24 ans ayant quitté le système scolaire n'ont que le niveau école primaire, contre 14 % des jeunes en métropole. Ce chiffre atteint 53 % en Guyane. Si, globalement, les taux de réussite au baccalauréat dans les différents DOM demeurent inférieurs à ceux de la France métropolitaine (– 6 points en 2013), ils progressent sensiblement ces dernières années (Repères

et références statistiques, 2014). Le chômage des jeunes se maintient pour sa part à un niveau très élevé dans tous les DOM et les inégalités sociales sont très fortes sur ces territoires (Treyens et Catherine 2015).

Les usages

À la fin de l'adolescence, les indicateurs d'alcoolisation (régulière ou ponctuelle importante) sont très proches dans les quatre DOM (hors Mayotte, voir encadré ci-après), à des niveaux nettement inférieurs à ceux observés en métropole (Beck *et al.* 2016 ; Le Nézet *et al.* 2015). Si le tabagisme est 2 à 3 fois moins fréquent qu'en métropole, il apparaît au sein des DOM nettement plus élevé à La Réunion (22 % des jeunes de 17 ans) qu'aux Antilles (12 %). L'expérimentation de la cigarette électronique est elle aussi en deçà de ce qui est observé en métropole (29 % en Martinique ; 35 % en Guadeloupe et 40 % à La Réunion, contre 53 % en métropole).

Par rapport à la métropole, l'alcool consommé est moins souvent le vin, à l'exception des champagnes et vins pétillants, particulièrement présents sur ces territoires. Le cannabis est essentiellement consommé dans les DOM sous forme d'herbe produite localement (Merle, 2010) que sous forme de résine, mais sa diffusion au sein de la population adolescente n'y est pas plus importante qu'en métropole. Les niveaux d'expérimentation apparaissent même plus faibles en Martinique et en Guadeloupe (respectivement 36 % et 32 %),

La situation à Mayotte

À Mayotte, île de l'océan Indien devenue département français en 2011, la situation est beaucoup moins documentée que celle des autres DOM, aucune grande enquête nationale n'ayant pu à ce jour y être réalisée. Les acteurs locaux identifient toutefois des problématiques singulières sur ce territoire. Les jeunes de Mayotte ont un comportement spécifique envers l'alcool et le tabac, du fait de leur environnement social, culturel et religieux. Pour l'alcool, il existe une continuité entre la consommation à faible risque et la dépendance sévère dans la mesure où, dès qu'un jeune commence à boire de l'alcool, il est identifié comme un consommateur problématique. Étant interdite par la religion musulmane, majoritaire à 95 % à Mayotte, la consommation d'alcool, lorsqu'elle a lieu, ne se fait pas en famille. Son caractère clandestin peut expliquer le fait que les jeunes manquent de repères sur les contours d'une consommation à moindre risque. Il ressort ainsi d'une enquête de 2003 que 36 % des jeunes buveurs déclarent boire sept verres et plus lorsqu'ils s'alcoolisent (Azida et Bernard 2009). Par ailleurs, le nombre de jeunes qui boivent de l'alcool apparaît croissant aux yeux des observateurs locaux, qui attribuent cette évolution à la libération des mœurs liées au développement social et culturel de l'Île. Le tabac et le « bangué » (appellation locale de l'herbe de cannabis) semblent également très présents sur l'île, de même qu'un cannabinoïde de synthèse – le « chimique » –, sans qu'il soit à ce jour possible de quantifier précisément leur diffusion.

les adolescents réunionnais se singularisant par des niveaux d'expérimentation comparables (44 %). La proportion d'usagers réguliers de cannabis s'avère similaire en Martinique (7 %) et à La Réunion (8 %) à ce qui est observé en métropole (9 %), mais cette pratique apparaît moins fréquente en Guadeloupe (4 %). Les expérimentations d'autres drogues illicites à 17 ans se révèlent quant à elles particulièrement rares en Martinique et semblent un peu plus élevées en Guyane, à des niveaux proches de ceux de la métropole, à l'image de l'expérimentation des produits à inhaler (colles ou solvants) plus importante en Guyane, en particulier parmi les plus jeunes (Beck *et al.* 2011b). Les enquêtes menées à 17 ans soulignent donc la relative rareté des déclarations d'usage de produits psychoactifs dans les DOM.

Il faut néanmoins souligner une plus grande précocité des consommations à la Réunion, puisque, à 13 ans, 31 % des jeunes déclarent avoir déjà été ivres (contre 16 % en métropole), 5 % fument quotidiennement (contre 2 % en métropole) et 9 % ont déjà expérimenté le cannabis (contre 5 % en métropole) (ORS Réunion, 2010). Si l'on tient compte du fait que la précocité d'entrée dans les usages est un marqueur majeur du risque de basculement dans des usages problématiques, il y a certainement un enjeu fort de prévention dès le début du collège, au moins à La Réunion.

Ces grandes tendances, relevées par l'enquête nationale ESCAPAD (voir Repères méthodologiques) réalisée conjointement en métropole et dans les DOM depuis 2001, avaient été identifiées dès le début des années 1990, à l'occasion des premières enquêtes en milieu scolaire menées indépendamment par les observatoires régionaux de la santé (ORS). L'ensemble de ces enquêtes ont toujours montré des niveaux d'usage globalement plus faibles dans les DOM qu'en métropole, que ce soit en population adolescente ou adulte. Ce résultat n'exclut pas qu'on puisse observer de plus fortes prévalences d'usage dans certaines populations particulières ou dans des zones géographiques plus circonscrites. On peut signaler, en contrepoint, que les enquêtes menées dans les collectivités d'outre-mer (COM : Nouvelle-Calédonie et Polynésie française) ont révélé sur ces territoires des niveaux d'usage supérieurs à ceux observés en métropole (Beck *et al.* 2008b ; Beck *et al.* 2011a).

Une « photographie paradoxale »

La photographie d'un territoire au travers d'enquêtes épidémiologiques fait parfois apparaître une réalité qui contraste avec un certain nombre d'idées reçues et même de constats ou de représentations d'acteurs locaux, qu'il s'agisse d'éducateurs spécialisés, de policiers, de magistrats, de professionnels de santé... qui sont confrontés dans leurs activités professionnelles quotidiennes à des populations dont l'usage de drogues est souvent une des caractéristiques. Ils peuvent de ce fait se montrer sceptiques face aux niveaux d'expérimentation rapportés par les enquêtes, qui leur apparaissent bas, contrastant avec leur perception « subjective » de la réalité, déterminée par leur pratique professionnelle.

Cependant, à l'appui de cette réalité que décrivent les acteurs locaux, l'enquête ESCAPAD a montré que, parallèlement à des usages moindres, on mesurait dans la population adolescente ultramarine des niveaux de consommation problématique de cannabis élevés en comparaison de la métropole. S'il faut rester prudent compte tenu de la difficulté à évaluer les comportements à risque à travers un simple questionnaire d'enquête, on sait cependant que les usages se révèlent d'autant plus problématiques qu'ils sont marginaux. Ces adolescents qui consomment beaucoup de cannabis dans les DOM, en s'opposant, en quelque sorte, au comportement de consommation « moyen » de leurs pairs, s'inscrivent en effet d'autant plus dans des parcours singuliers. Précisons que, pour disposer d'un panorama complet des niveaux d'usage, il faudrait multiplier les enquêtes au niveau local et mener des analyses infra-départementales, ce qui, au-delà des contraintes méthodologiques, supposerait des moyens sans commune mesure avec l'existant.

Pour le tabac, les niveaux de consommation nettement inférieurs dans les DOM, parmi les adultes comme en population adolescente, correspondent bien à l'expérience rapportée par les acteurs locaux. Cette faible prévalence tabagique est, d'ailleurs, sans doute à interpréter en lien avec la faible prévalence du cannabis.

Les DOM ne sont pas les seules régions, en France, à offrir un contraste important entre la réalité décrite par les enquêtes et une situation perçue (visible) marquée par des problèmes de toxicomanie importants. En Île-de-France, par exemple, de nombreuses enquêtes ont régulièrement décrit de moindres usages de produits psychoactifs chez les jeunes Franciliens, alors même que la région, fortement touchée par des problèmes de trafic, est souvent associée à une concentration importante d'usagers de drogues (Spilka *et al.* 2015a).

En interrogeant des segments entiers de population sans distinction, ces enquêtes ont pour but d'objectiver des réalités, alors que les perceptions individuelles restent, par définition, partielles et parfois déformées. Les enquêtes épidémiologiques permettent d'observer dans les DOM une moindre proportion qu'en métropole de jeunes qui essaient un produit ou en ont un usage occasionnel. En revanche, elles n'établissent pas qu'il y a moins de problèmes et d'usages problématiques liés à ces consommations (pour l'alcool et le cannabis en tout cas). Il est très probable qu'une forte proportion de jeunes Ultramarins ne soit pas intéressée par les substances psychoactives, mais seule une enquête ethnographique pourrait montrer qu'ils ont des représentations et des motivations différentes ou des intérêts de consommation distincts, comme par exemple la recherche de sensations par le sport et de performance, peu compatible avec des consommations de substances telles que le tabac, l'alcool ou le cannabis. La moindre consommation constatée dans les DOM pourrait également être liée à un contexte familial, social et religieux favorisant un contrôle parental et sociétal plus fort auprès des jeunes, et notamment concernant les pratiques addictives.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en Europe à l'adolescence

Olivier Le Nézet, Marcus Ngantcha, Stanislas Spilka

Depuis 1999, l'enquête ESPAD permet de décrire la consommation des substances psychoactives des jeunes Français dans un contexte européen. Celle-ci vise à recueillir, tous les 4 ans, des données comparables sur la consommation de substances psychoactives parmi les élèves de 16 ans (voir Repères méthodologiques) et de documenter, pour chaque pays, les variations de la diffusion de ces produits. La méthodologie est identique dans tous les pays participants, de même que la population interrogée. Il s'agit des adolescents dans leur 16e année au moment de l'enquête. Ainsi, en 2015, 96 043 élèves dont 2 714 Français, tous nés en 1999, ont été interrogés au cours du deuxième trimestre 2015 dans toute l'Europe (The ESPAD Group 2016).

L'échantillon français a été construit de manière à être représentatif des adolescents de 16 ans résidant en France métropolitaine. La plupart d'entre eux étaient scolarisés en classe de seconde (83 %) ou en 3e (13 %) dans un établissement public ou privé au moment de l'enquête.

Ce chapitre compare les niveaux des usages récents de tabac, d'alcool et de cannabis des élèves français en 2015 à ceux de leurs homologues européens[1] et revient sur les évolutions entre 2003 et 2015 (Spilka et Le Nézet 2016a). Enfin, lorsque cela est possible, quelques éléments de comparaison sont proposés à partir des résultats de l'enquête HBSC 2014 (Inchley *et al.* 2016) qui a concerné plus de 200 000 jeunes âgés de 11 à 15 ans interrogés dans quarante-deux nations d'Europe et d'Amérique du Nord (voir Repères méthodologiques).

Usage récent de tabac

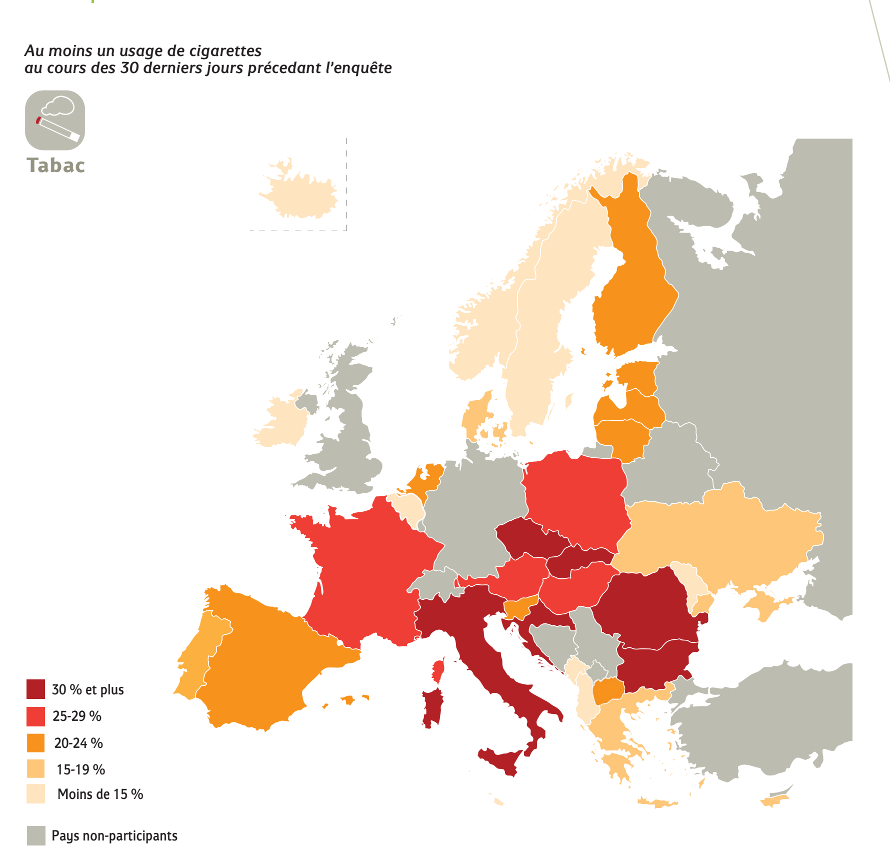
L'usage récent de tabac des jeunes Français de 16 ans se révèle supérieur à la moyenne européenne (26 % contre 21 %), situant les élèves de l'Hexagone à la 11e position (sur 35 pays). Si les niveaux d'usage de tabac les moins élevés se concentrent principalement dans les pays nordiques (carte 1), c'est en Italie, en Bulgarie et en Croatie que les adolescents déclarent, en revanche, des usages parmi les plus importants (respectivement 37 % et 33 % pour les deux suivants). À l'inverse, les adolescents moldaves, norvégiens et islandais sont les moins nombreux en Europe à déclarer fumer des cigarettes (respectivement 10 %, 9 % et 6 %). Dans la majorité des pays, les filles et les garçons ont des prévalences semblables. On observe tout de même une prédominance féminine du tabagisme dans certains pays, notamment en

1. Les pays participants ne sont pas les mêmes d'une édition à une autre. Par exemple, en 2015, le Royaume-Uni, la Suisse ou encore l'Allemagne, pourtant présents dans les précédentes éditions, n'ont pas pu ou souhaité participer à l'enquête.

France, en Bulgarie et à Monaco (respectivement 7 et 13 points de pourcentage en faveur des jeunes filles), alors qu'en Moldavie, Géorgie, Albanie et Ukraine l'usage de tabac se révèle principalement masculin (11 et 17 points).

À 15 ans, avec 19 % d'élèves déclarant fumer au moins une fois par semaine dans l'enquête HBSC en 2014, les jeunes Français occupent également une position plutôt haute : 6e sur 42 pays. La moyenne internationale se situe autour de 12 %. Il faut souligner la différence de prévalence considérable au sein des pays. Ainsi, la proportion d'élèves de 15 ans déclarant fumer au moins une fois par semaine varie entre 52 % au Groenland et 3 % en Arménie ou en Islande.

Carte 1 - Consommation récente de tabac des jeunes de 16 ans en Europe en 2015



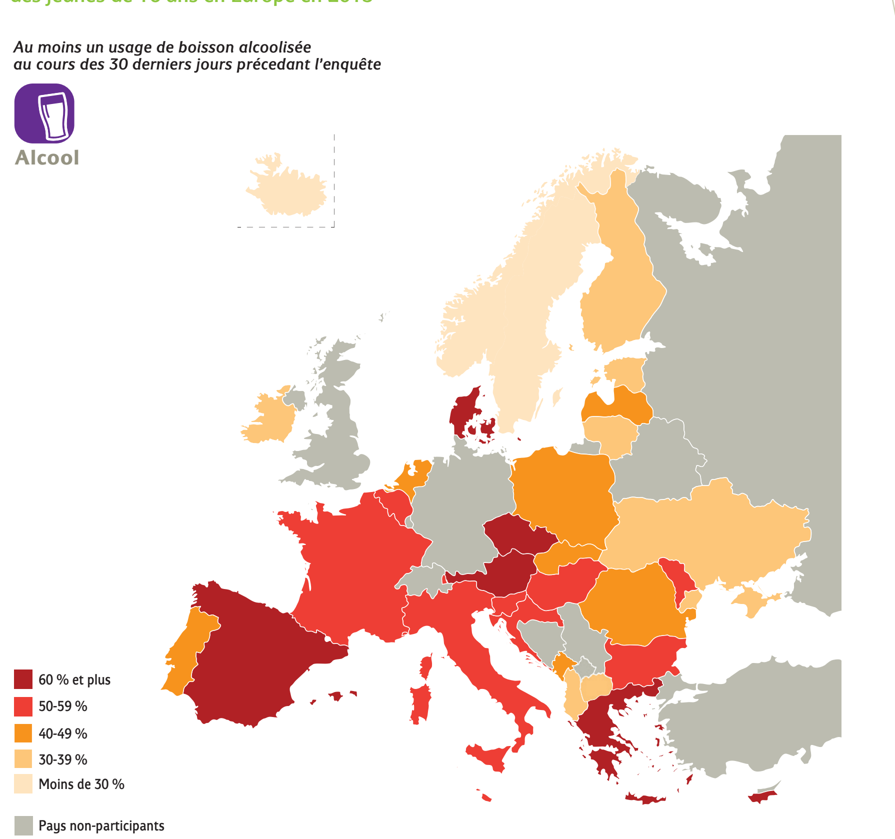
Pour l'Espagne, qui n'a pas participé au projet ESPAD 2015, les données proviennent d'une enquête nationale scolaire réalisée entre novembre 2014 et avril 2015.

Source : ESPAD 2015

Usage récent de boissons alcoolisées et alcoolisations ponctuelles importantes

À l'instar du tabagisme, les adolescents de 16 ans des pays d'Europe du Nord déclarent des niveaux d'usage récent de boissons alcoolisées généralement inférieurs à la moyenne européenne, à l'exception notable du Danemark, dont le niveau s'avère le plus élevé d'Europe (carte 2). Ce dernier forme avec la Grèce, Chypre et la République tchèque un quatuor de pays dont les niveaux de consommation de boissons alcoolisées sont les plus élevés. Le niveau d'usage des jeunes Français se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne (53 % contre 48 %), au 15e rang sur 35 pays. À l'exception de quelques pays comme l'Islande et la Suède, où les garçons et les filles ont des niveaux d'usage comparables, la consommation d'alcool en Europe reste

Carte 2 - Consommation récente de boissons alcoolisées des jeunes de 16 ans en Europe en 2015



Pour l'Espagne, qui n'a pas participé au projet ESPAD 2015, les données proviennent d'une enquête nationale scolaire réalisée entre novembre 2014 et avril 2015.

Source : ESPAD 2015

principalement masculine. Des pays comme l'Albanie ou la Géorgie se démarquent, là encore nettement par une prédominance masculine accrue, avec des différences allant parfois du simple au double.

Concernant les niveaux d'alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du mois, la répartition des prévalences par pays se révèle assez proche de celle de l'usage récent d'alcool. Le niveau des jeunes Français apparaît moins élevé que le niveau moyen en Europe (31 % contre 35 %) et situe la France à la 23e position (sur 35 pays).

Sur un indicateur approchant, celui de l'ivresse au cours de la vie, la position des élèves français à 15 ans est sensiblement la même dans l'enquête HBSC. La France est 30e sur 42 pays, avec 17 % d'élèves déclarant avoir été ivres au moins deux fois au cours de leur vie.

Usage récent de cannabis

À 16 ans, les niveaux d'usage de cannabis opposent schématiquement l'Europe du Nord, peu consommatrice, à l'Europe de l'Est et du Sud (carte 3). La France devance clairement les autres pays d'Europe avec une prévalence d'usage récent de 17 %, alors que la moyenne européenne est de 7 %. L'Italie, la République tchèque et Monaco suivent avec respectivement 15 %, 13 % et 12 % d'usagers récents de cannabis parmi les adolescents de 16 ans.

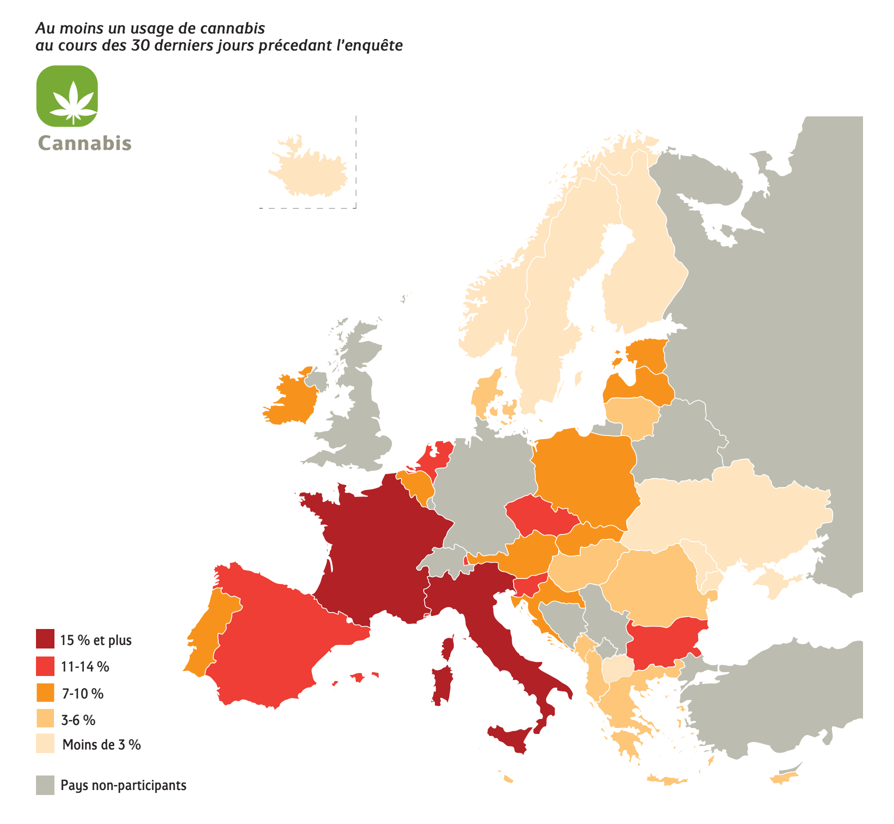
La France fait partie des trois pays où l'expérimentation du cannabis demeure la plus précoce. En effet, la proportion des élèves déclarant avoir expérimenté le cannabis avant l'âge de 13 ans reste plus élevée en France (6 %) qu'ailleurs en Europe (3 % en moyenne). Par ailleurs, le nombre moyen d'usage de cannabis dans l'année est beaucoup plus important (supérieur à 1,2 fois) en France, en Italie, au Liechtenstein, aux Pays-Bas et en Bulgarie, alors que dans la moitié des pays les adolescents déclarent moins d'une occasion en moyenne.

Dans l'enquête HBSC les prévalences d'usage récent varient de 15 % (en France) à moins de 2 % en Grèce. Ainsi, dès l'âge de 15 ans, les jeunes Français sont déjà en tête des consommations de cannabis au niveau international, qu'il s'agisse des usages dans la vie ou dans le mois.

Évolution des principaux usages en France et en Europe

La comparaison des usages des jeunes Français à la moyenne européenne à travers l'enquête ESPAD (figure 1) impose deux remarques préalables. Selon les années d'enquête, il ne s'agit pas exactement des mêmes pays participants (en particulier, en 2015, des pays comme le Royaume-Uni, la Suisse ou encore l'Allemagne n'ont pas, pour des raisons différentes, participé à l'enquête). Ensuite, s'agissant d'une moyenne européenne calculée à partir des prévalences d'une trentaine de pays à chaque fois, la tendance générale qui s'en dégage apparaît plus « lissée » que celles observées pour la plupart des pays pris individuellement, dont la France.

Carte 3 - Consommation récente de cannabis des jeunes de 16 ans en Europe en 2015



Pour l'Espagne, qui n'a pas participé au projet ESPAD 2015, les données proviennent d'une enquête nationale scolaire réalisée entre novembre 2014 et avril 2015.

Source : ESPAD 2015

Les niveaux de consommation des jeunes Français, qu'il s'agisse de ceux de tabac, d'alcool ou de cannabis, apparaissent, selon les années, soit équivalents, soit supérieurs à la moyenne européenne, avec une exception cependant qui concerne la consommation d'alcool dans le mois en 2003, plus faible.

Au début des années 2000, les niveaux d'usage récent de tabac des élèves français apparaissaient comparables à ceux observés en moyenne en Europe. À partir de 2011, les élèves français de 16 ans commencent à se distinguer par des usages de tabac supérieurs. Par ailleurs, durant toute la période 2003-2015, l'usage de tabac a nettement diminué en moyenne en Europe, perdant 14 points, alors qu'en France il ne diminuait que de 7 points.

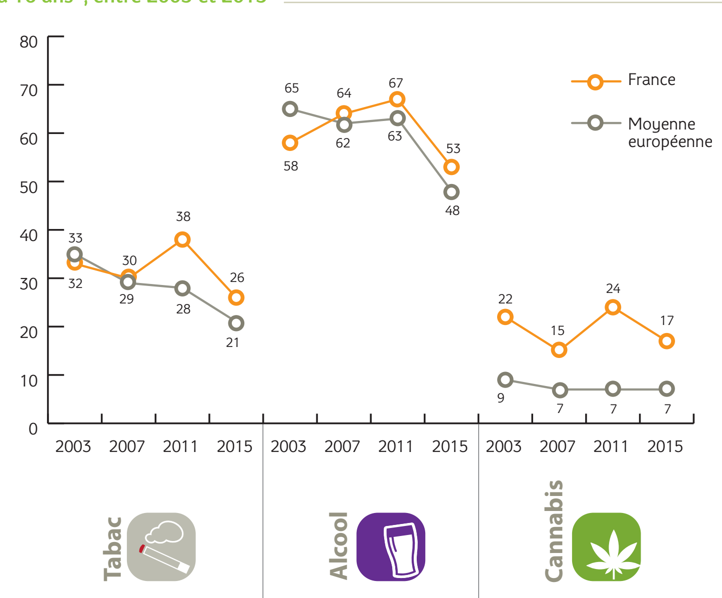
Concernant l'alcool, les jeunes élèves français de 16 ans déclaraient en 2003 moins d'usage récent que leurs homologues européens (58 % en France *vs* 65 % en Europe). La situation s'inverse à partir de 2011, année où les adoles-

cents français sont devenus plus nombreux à déclarer avoir bu au moins une fois une boisson alcoolisée au cours du mois. Au final, alors que les niveaux ont en moyenne fortement baissé en Europe (−17 points), la consommation d'alcool parmi les adolescents en France a également diminué, même si c'est beaucoup moins net (−5 points), compte tenu d'un mouvement à la hausse entre 2003 et 2011 avant une baisse importante entre 2011 et 2015.

La comparaison des niveaux d'usage de cannabis avec ceux mesurés dans l'ensemble des pays confirme la particularité récurrente d'une consommation de cannabis en France parmi les plus élevées d'Europe. Sur la période 2003-2015, les niveaux d'usage récent à 16 ans sont en effet deux à trois fois plus élevés qu'en moyenne en Europe. La fluctuation des niveaux parmi les élèves français provoque, selon les années, des différentiels avec la moyenne européenne parfois très importants, comme en 2011, où 17 points d'écarts séparaient les jeunes Français de leurs homologues européens. La tendance observée en 2015 a ramené cet écart à une dizaine de points.

L'enquête HBSC a montré que, à 15 ans, les usages de tabac, d'alcool et de cannabis étaient en diminution marquée entre 2010 et 2014 dans la plupart des pays participants. Si les usages en France parmi les plus jeunes adolescents s'inscrivent dans ce constat international pour l'alcool et le tabac, ce n'est en revanche pas le cas pour la consommation de cannabis restée stable sur la période.

Figure 1 - Évolution des principaux indicateurs de consommation récente à 16 ans*, entre 2003 et 2015



** : la moyenne européenne est calculée à partir des prévalences de l'ensemble des pays participants, y compris la France, chaque pays comptant pour un, indépendamment de sa taille.*

Sources : ESPAD 2003, 2007, 2011 et 2015

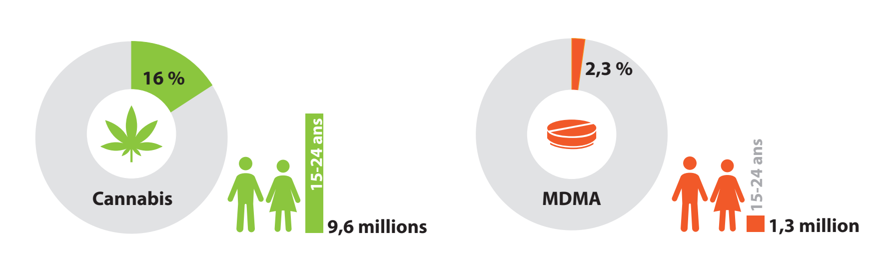
Les usages des 15-24 ans en Europe

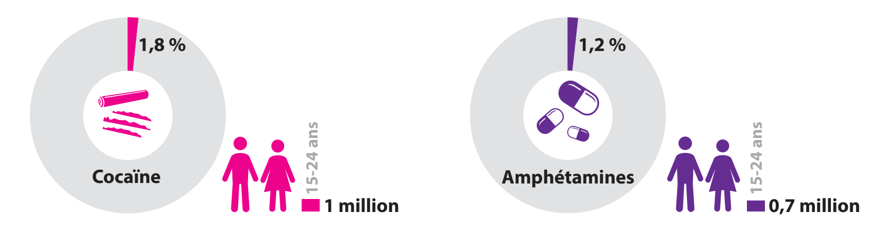
João Matias, André Noor, Julian Vicente
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Les usages de substances en Europe sont inégalement répartis selon les territoires et concernent souvent les jeunes générations. C'est particulièrement vrai à propos du cannabis et des substances stimulantes et hallucinogènes (les opiacés étant également consommés par des personnes plus âgées).
Ce chapitre se propose de dresser l'état des lieux de ces consommations à partir des données de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) en relevant les points saillants et les évolutions récentes.

Ce tour d'horizon est centré sur les substances illicites, les missions de l'EMCDDA, contrairement à celles de l'OFDT, n'ayant pas été élargies aux drogues licites. Les données collectées par l'EMCDDA sur l'alcool et le tabac dans les enquêtes drogues restent parcellaires et les indicateurs ne sont pas forcément les mieux adaptés. Les résultats en population adolescente offrent une meilleure comparabilité (voir chapitre précédent). Concernant les 15-24 ans, les données disponibles indiquent des usages d'alcool au cours du mois allant de 42 % à 76 %, alors que ceux du tabac vont de 20 % à 49 %. Ces données placent pour cette tranche d'âge la France dans la première moitié des pays consommateurs.

Consommations de drogues illicites dans l'année, chez les 15-24 ans, en Europe





Source : données EMCCDA

Le cannabis, premier produit illicite

Alors qu'on estime qu'un quart des Européens (88 millions) ont déjà consommé une substance illicite, le cannabis se classe de très loin en tête, avec 83 millions d'expérimentateurs chez les 15-64 ans dans les 28 pays de l'UE ainsi qu'en Turquie et Norvège. C'est aussi la substance illicite la plus consommée au cours de l'année avec 22 millions, soit 6,6 % de la population adulte européenne déclarant ce comportement. L'usage au cours du mois concerne 3,6 % de la population. On estime que 1 % des 15-64 ans en Europe, soit environ 3 millions, consomment presque quotidiennement du cannabis (c'est-à-dire au moins 20 jours par mois). Les prévalences vont de 0,0 % à 3,0 %. Résine et herbe sont présentes dans toute cette zone géographique. Toutefois, la diagonale Dublin/ Istanbul semble constituer un axe à l'ouest duquel la résine prédomine, tandis qu'à l'est c'est l'herbe (EMCDDA 2012).

Ces usages se concentrent chez les jeunes adultes de 15-34 ans, les niveaux les plus hauts dans l'année étant atteints chez les 15-24 ans dans les différents pays.
Chez les 15-24 ans, 16 % d'entre eux (9,6 millions) ont consommé du cannabis dans l'année et 8 % (4,9 millions) au cours du mois écoulé. On estime que 2 % des 15-24 ans sont des usagers quotidiens, soit 1 million de personnes de cette tranche d'âge.

Ainsi, la moitié des expérimentateurs de cannabis de 15-24 ans n'en ont pas consommé durant l'année ; quant aux autres, 50 % en ont consommé au cours du mois écoulé, ce qui témoigne d'un possible usage plus régulier. Parmi ceux qui ont consommé au cours du mois, 19 % consomment au moins une fois par semaine, 13 % plusieurs fois par semaine et 18 % quotidiennement ou quasi quotidiennement.

Des usages européens de cannabis inférieurs à ceux des États-Unis, du Canada et de l'Australie

Alors que les moyennes européennes des expérimentations et des usages dans l'année sont de 30 % et de 16 %, les données de l'Australie, du Canada et des États-Unis sont supérieures.
Par exemple, au Canada, les données de ces indicateurs étaient de 37 % et de 24 % chez les 15-24 ans en 2013. Aux États-Unis, en 2014, l'organisme Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) a estimé l'expérimentation du cannabis à 53 % chez les 18-25 ans et la consommation au cours de l'année à 32 %. Enfin, en Australie, pour le groupe d'âge des 20 à 29 ans, les chiffres de ces deux indicateurs en 2013 étaient de 45 % et de 21 %.

Si les prévalences pour tous les indicateurs varient grandement d'un pays à l'autre, il existe des constantes : la consommation de cannabis est généralement plus élevée chez les hommes pour toutes les tranches d'âge, mais cette différence par sexe apparaît moins marquée chez les 15-24 ans. Ce sex-ratio est supérieur à 3 à Chypre, mais dépasse à peine l'unité en Belgique, en France, au Danemark, aux Pays-Bas et en Finlande. Dans le groupe des usagers quotidiens de 15-34 ans, on dénombre 3,5 fois plus d'hommes que de femmes. Chez les jeunes hommes en particulier, les usages intensifs peuvent être assez fréquents dans certains pays.

Les prévalences d'usage de cannabis sont bien supérieures à la moyenne européenne au sein de certains groupes ou dans certaines circonstances, par exemple chez ceux qui fréquentent des lieux de vie nocturne ou liés à la danse, soit des personnes plutôt jeunes (EMCDDA 2016). Un des objectifs de la nouvelle enquête développée par l'EMCCDA (European Drug survey) est d'en savoir plus sur ces groupes qui consomment davantage ou qui consomment des produits fortement dosés qui sont aujourd'hui beaucoup plus disponibles.

L'usage de cannabis est aussi fréquemment associé à des usages d'alcool élevés. Les 15-34 ans consommant des quantités importantes d'alcool ou consommant fréquemment rapportent 2 à 6 fois plus souvent un usage de cannabis (EMCDDA 2011).

Évolutions chez les 15-24 ans

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, de nombreux pays ont fait part d'augmentations des usages dont ont témoigné les enquêtes chez les adultes et en milieu scolaire. On a par la suite observé une stabilisation voire un déclin des niveaux dans la plupart des pays. Parmi les explications proposées, la saturation du marché, alors que le nombre et les quantités saisies augmentaient en parallèle, a été évoquée. D'autres hypothèses liées à la disponibilité accrue des traitements ont été avancées, les recours aux traitements apparaissant effectivement en hausse dans tous les pays. Enfin, on constate que, durant cette période, la plupart des pays européens ont mis en place des interdictions de fumer du tabac dans les lieux publics alors que des mesures spécifiques pour lutter contre les drogues en milieu scolaire ont été développées.

Les enquêtes les plus récentes font apparaître des évolutions contrastées selon les pays, et ce pour tous les groupes d'âge. Dans les pays qui ont produit de nouvelles enquêtes sur les 15-24 ans depuis 2013, huit, dont la France, rapportent des prévalences en hausse, l'un fait état d'une prévalence stable et quatre de niveaux en recul par rapport à l'enquête comparable précédente.
Les niveaux des pays ayant traditionnellement des niveaux d'usage au cours de l'année peu élevés chez les 15-24 ans (en deçà de 10 %) sont stables, hormis ceux de la Bulgarie, de la Finlande et de la Roumanie, qui apparaissent en hausse.

Dans les pays ayant, au cours des décennies précédentes, atteint les niveaux les plus élevés, les tendances divergent ; alors que la République tchèque et l'Espagne font état d'une certaine stabilité dans leurs dernières enquêtes, le Danemark, la France, l'Italie et le Royaume-Uni enregistrent des hausses qui font suite à des baisses observées au cours des années précédentes.

Au Royaume-Uni, où des enquêtes ont lieu annuellement, on a d'abord constaté, après une longue période de niveaux très élevés au début des années 2000 un recul. L'usage au cours de l'année écoulée est passé en 2010 au-dessous du niveau moyen européen, une première depuis qu'a été mise en place cette observation européenne ; la tendance s'est inversée en 2012.

Les autres substances illicites

Les stimulants

Partout en Europe les substances stimulantes sont surtout consommées par les jeunes générations, mais elles ne sont pas uniformément présentes sur le continent et leurs évolutions en termes de prévalences ne sont pas toujours convergentes.
La cocaïne domine surtout dans la partie ouest et sud de l'Europe. On estime à environ 2,4 millions le nombre des jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,9 % de cette tranche d'âge) ayant consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Une grande partie de ces usages se fait dans un cadre festif. Chez les 15-24 ans, 1,8 % (1,0 million) ont consommé de la cocaïne dans l'année.

Les tendances d'évolution récentes des consommations divergent selon les pays.
Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2013, six ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, deux, des estimations stables, et quatre, des estimations plus faibles.

L'Espagne et le Royaume-Uni, dont les niveaux de prévalence dépassent 3 % chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée, ont tous deux fait part d'une hausse de la prévalence jusqu'en 2008, suivie d'une stabilisation ou d'un recul. Les données communiquées par le Royaume-Uni suggèrent que cette diminution est circonscrite aux jeunes adultes (15-24 ans), la prévalence dans la tranche d'âge supérieure étant stable ou en hausse. La France affiche une tendance à la hausse, à plus de 2 % en 2014. En Finlande, la prévalence a augmenté mais les niveaux généraux de consommation restent faibles, n'atteignant 1 % pour la première fois qu'en 2014. Bien qu'il existe des consommations de cocaïne basée ou de crack (notamment au Royaume-Uni et en France), la plupart de ces usages interviennent dans un cadre festif, notamment pendant le week-end ou les vacances.

La consommation de MDMA sous forme de comprimés d'ecstasy ou de poudre, voire de cristal, est en hausse ; cette phase succède à une baisse enregistrée sur tout le continent après les niveaux record du début et du milieu des années 2000. On constate par ailleurs l'apparition de produits plus dosés, quelle que soit la forme.

On estime à 2,1 millions le nombre des jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ayant consommé de la MDMA/ecstasy au cours des 12 derniers mois (1,7 % de cette tranche d'âge), les estimations nationales s'échelonnant de 0,3 % à 5,5 %. Chez les 15-24 ans 2,3 % d'entre eux (1,3 million) ont consommé de la MDMA/ ecstasy au cours de l'année.

Parmi les pays ayant réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2013, neuf ont déclaré des estimations plus élevées par rapport à l'enquête comparable précédente et trois des estimations plus faibles. La Bulgarie, la Finlande et la France continuent toutes à afficher des tendances à la hausse à long terme au cours de cette période, tandis qu'au Royaume-Uni la tendance à la baisse observée en 2011-2012 a été suivie d'augmentations statistiquement significatives. Même si les données ne sont pas directement comparables avec les enquêtes précédentes, les Pays-Bas rapportent une prévalence de 5,5 % en 2014.

De manière générale, les enquêtes auprès des jeunes qui participent régulièrement à des événements festifs indiquent des niveaux de consommation de drogue plus élevés par rapport à la population générale. C'est particulièrement le cas pour la MDMA, qui, par tradition, est étroitement liée à la vie nocturne. Il semble qu'actuellement, dans les pays à prévalence élevée, la MDMA/ecstasy n'est plus une drogue de niche ou liée à une sous-culture. Sa consommation ne se limite plus aux clubs et aux soirées *dance*, elle touche plus largement les jeunes gens dans des lieux de vie nocturne courants tels que les bars et les fêtes à domicile. Elle est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool, et ces consommations sont nettement plus masculines ; parmi les jeunes qui ont consommé de la MDMA/ ecstasy au cours de l'année écoulée, le rapport hommes-femmes est de 2,4 pour 1.

La consommation d'amphétamines et de méthamphétamine est plus élevée dans le nord de l'Europe. Les amphétamines sont nettement plus consommées que la méthamphétamine, dont l'usage se trouve historiquement limité à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie, même si ces dernières années ont vu des augmentations de consommation dans d'autres pays limitrophes de ces derniers.

Quelque 1,3 million (1,0 %) de jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) ont consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée, les estimations nationales de prévalence les plus récentes étant comprises entre 0,1 % et 2,9 %. Chez les 15-24 ans, 1,2 % d'entre eux (0,7 million) ont consommé des amphétamines dans l'année.

Depuis l'année 2000 environ, la plupart des pays européens font état d'une situation relativement stable. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2013, sept ont signalé des estimations en hausse, un pays, une tendance stable, et quatre, des estimations plus faibles. Les Pays-Bas ont récemment rapporté une prévalence de 2,9 % chez les jeunes adultes, bien que leurs données ne soient pas comparables avec celles des enquêtes précédentes.

Les opiacés

Chez les 15-64 ans, le niveau moyen d'usage dans l'année d'héroïne se situe à 0,4 %, (0,9 % au Royaume-Uni, 0,5 % en France et au Danemark, 0,3 % en Allemagne et 0,1 % en Espagne). L'héroïne est souvent consommée par des usagers plus âgés et la majorité des décès par surdose liés à cette substance concernent des usagers de plus de 35 ans. Néanmoins, on constate en Europe une augmentation des décès par surdose chez les moins de 25 ans dans certains pays (par exemple la Suède). Par ailleurs, les opiacés de synthèse apparaissent de plus en plus détournés de leur usage.

Les NPS en Europe

Il existe encore peu de données sur les prévalences des nouvelles substances psychoactives en Europe. Selon l'Eurobaromètre Flash, la prévalence de consommation de ces substances par les jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans) au cours de l'année écoulée est comprise entre zéro et 10 % (Irlande). Des données d'enquête concernant le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) sont disponibles pour la consommation de méphédrone. Dans la dernière enquête menée (2014-2015), la consommation de cette drogue chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans au cours de l'année écoulée était estimée à 1,9 % ; ce chiffre était en baisse par rapport à l'année 2010-2011 (4,4 %), avant l'introduction de mesures répressives.



Annexes

7

Références législatives

Arrêté du **26 février 2016** relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. *JORF* n° 57 du 8 mars 2016 (NOR AFSS1603395A)

Circulaire n° 2016-008 du **28 janvier 2016** relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. *BO* Education nationale n° 5 du 4 février 2016. NOR MENE1601852C.

Loi n° 2016-41 du **26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016 (NOR AFSX1418355L)

Décret n° 2015-768 du **29 juin 2015** relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux. *JORF* n° 149 du 30 juin 2015, p. 11023 (NOR AFSP1511607D)

Décret n° 2015-743 du **24 juin 2015** relatif à la lutte contre l'insécurité routière. *JORF* n° 147 du 27 juin 2015, p. 10882 (NOR INTS1510982D)

Décret n° 2015-372 du **31 mars 2015** relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture. *JORF* n° 78 du 2 avril 2015. NOR MENE1506516D.

Loi n° 2014-788 du **10 juillet 2014** tendant au développement, à l'encadrement des stages et à l'amélioration du statut des stagiaires. *JORF* n° 159 du 11 juillet 2014, p. 11491 (NOR MENX1402669L)

Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du **3 avril 2014** relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE. JOUE L 127 du 29 avril 2014, p. 1

La loi [dite « Hamon »] n° 2014-344 du **17 mars 2014** relative à la consommation. *JORF* n° 65 du 18 mars 2014, p.5400 (NOR EFIX1307316L)

Circulaire CRIM n° 2012-6/G4 du **16 février 2012** relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants. *BO* Justice n° 2012-02 du 29 février 2012 (NOR JUSD1204745C)

Loi n° 2011-893 du **28 juillet 2011** pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels. *JORF* n° 174 du 29 juillet 2011, p. 12914 (NOR ETSX1114561L)

Décret n° 2010-545 du **25 mai 2010** relatif aux sanctions prévues pour la vente et l'offre de produits du tabac. *JORF* n° 120 du 27 mai 2010, p. 9601 (NOR SASP0931969D)

Loi n° 2010-476 du **12 mai 2010** relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne. *JORF* n° 110 du 13 mai 2010, p. 8881 (NOR BCFX0904879L)

Décret n° 2010-465 du **6 mai 2010** relatif aux sanctions prévues pour l'offre et la vente de boissons alcooliques. *JORF* n° 107 du 8 mai 2010, p. 8395 (NOR SASP0931972D)

Loi n° 2010-241 du **10 mars 2010** relative au service civique. *JORF* n° 59 du 11 mars 2010, p. 4801 (NOR PRMX0925425L)

Loi n° 2009-879 du **21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : loi Hôpital patients santé territoires (HPST). *JORF* n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184 (NOR SASX0822640L)

Loi n° 2007-297 du **5 mars 2007** relative à la prévention de la délinquance. *JORF* n° 56 du 7 mars 2007, p. 4297 (NOR INTX0600091L)

Décret n° 2006-1386 du **15 novembre 2006** fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. J*JORF* n° 265 du 16 novembre 2006, p. 17249 (NOR SANX0609703D)

Loi n° 2005-842 du **26 juillet 2005** pour la confiance et la modernisation de l'économie. *JORF* n° 173 du 27 juillet 2005, p. 12160 (NOR ECOX0500034L)

Décret n° 2005-293 du **22 mars 2005** portant publication de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [CCLAT], faite à Genève le 21 mai 2003. *JORF* n° 75 du 31 mars 2005, p. 5803 (NOR MAEJ0530006D)

Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du **23 septembre 2004** relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille. *BO* Santé n° 2004/42 du 30 octobre 2004 (NOR SANP0430495C)

Décret n° 2004-949 du **6 septembre 2004** relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans. *JORF* n° 209 du 8 septembre 2004, p. 5804 (NOR SANP0422600D)

Loi n° 2004-806 du **9 août 2004** relative à la politique de santé publique. *JORF* n° 185 du 11 août 2004, p. 14277 (NOR SANX0300055L)

Loi n° 2003-715 du **31 juillet 2003** visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. *JORF* n° 178 du 3 août 2003, p.13398 (NOR SANX0306354L)

Loi n° 97-1019 du **28 octobre 1997** portant réforme du service national. *JORF* n° 260 du 8 novembre 1997, p. 16251 (NOR DEFX9700094L)

Loi [dite « Évin »] n° 91-32 du **10 janvier 1991** relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *JORF* n° 10 du 12 janvier 1991, p. 615 (NOR SPSX9000097L)

Décret n° 85-1267 du **27 novembre 1985** portant création du baccalauréat professionnel et des lycées professionnel. *JORF* du 1er décembre 1985, p. 13956

Loi [dite « Veil »] n° 76-616 du **9 juillet 1976** relative à la lutte contre le tabagisme. *JORF* du 10 juillet 1976, p. 4148

Ordonnance n° 59-107 du **7 janvier 1959** modifiant le code des mesures concernant les débits de boissons et la lutte contre l'alcoolisme. *JORF* du 9 janvier 1959, p. 619

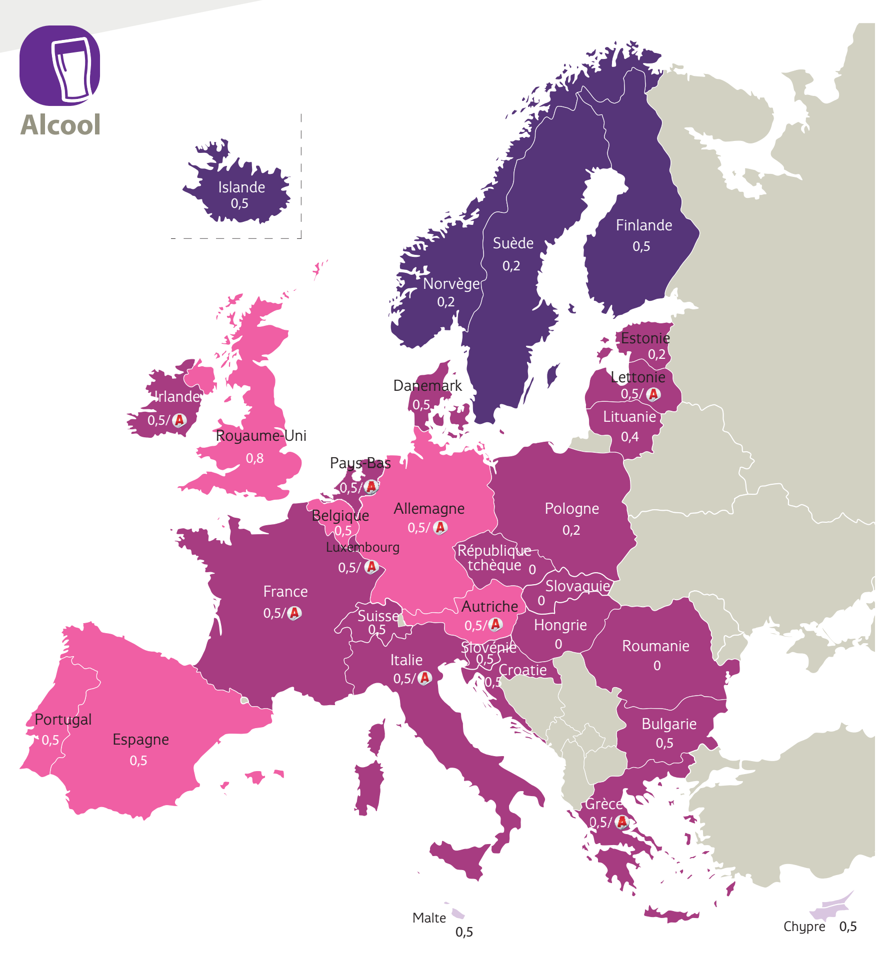
Décret n° 55-222 du **8 février 1955** portant codification des textes législatifs concernant les débits de boissons et la lutte contre l'alcoolisme. *JORF* du 10 février 1955, p. 1575

Ordonnance n°45-174 du **2 février 1945** relative à l'enfance délinquante. *JORF* du 4 février 1945, p. 530

Loi du **1er octobre 1917** sur la répression de l'ivresse publique et sur la police des débits de boissons. *JORF* du 3 octobre 1917, p. 7839

Cartographies des réglementations en Europe

Âge minimal pour la vente d'alcool et seuils d'alcoolémie légale pour la conduite en Europe en 2015



Âge légal < à 18

Âge légal = 18 ans avec autorisation dans certains cas à partir de 16 ans : pour les achats de bières et vins dans tous les lieux (Allemagne, Autriche, Belgique, Portugal), les achats de bières et de vins dans les magasins uniquement (Danemark), en accompagnement d'un repas avec un adulte (Angleterre) ou sans (Écosse).

Âge légal = 18 ans sans exception

Âge légal = 20 ans : quel que soit le lieu (Norvège) ou uniquement pour les achats en magasins (Suède, Finlande), 18 ans sinon.

0,5 **Taux légal d'alcool pour les conducteurs (en grammes par litre)**

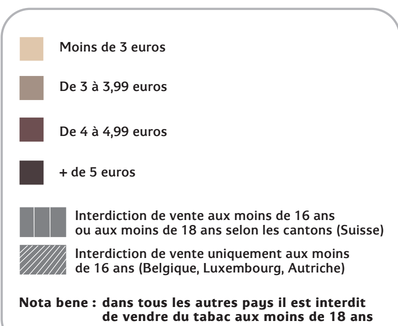
A **Taux légal d'alcool inférieur spécifique pour les jeunes conducteurs**

Source : International Alliance for Responsible Drinking (IARD), Observatoire européen de la sécurité routière

Âge minimal pour la vente de tabac et prix du paquet de 20 cigarettes le moins cher en Europe en 2015

Tabac

Islande 7,47
Norvège 8,44
Suède 4,64
Finlande 4,60
Estonie 2,70
Lettonie 2,55
Lituanie 1,82
Danemark 4,83
Irlande 7,95
Royaume-Uni 7,99
Pays-Bas 4,58
Belgique 4,68
Luxembourg 4,0
Allemagne 4,84
Pologne 2,33
République tchèque 2,40
Slovaquie 2,21
Autriche 3,95
Hongrie 2,52
Slovénie 2,89
Roumanie 2,84
Bulgarie 2,07
France 6,5
Suisse 5,31
Italie 4,0
Portugal 3,80
Espagne 3,95
Grèce 3,30
Malte 4,10
Chypre 3,25



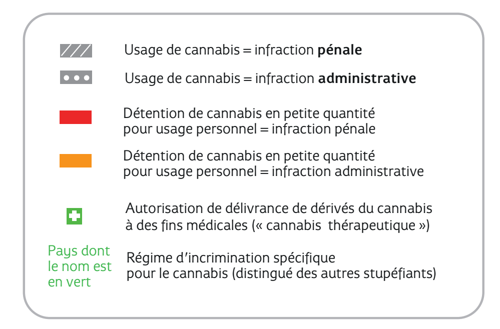
Source : World Health Organization, WHO report on the global tobacco epidemic

État des législations sur l'usage et la détention de cannabis au sein de l'UE des 28 (2016)

Cannabis

Suède
Finlande
Estonie
Lettonie
Lituanie
Irlande
Royaume-Uni
Danemark
Pays-Bas
Belgique
Allemagne
Pologne
Luxembourg
République tchèque
Slovaquie
France
Autriche
Hongrie
Slovénie
Roumanie*
Croatie
Portugal
Espagne
Italie
Bulgarie
Grèce
Malte
Chypre

* Dans ce pays, l'usage est prohibé mais aucune sanction n'est définie dans les textes pour le sanctionner.
N.B. : cette carte représente les peines prévues en cas d'usage ou de détention de « petites quantités » de cannabis (les seuils variant d'un pays à l'autre), lorsque ces actes sont commis en public, pour la première fois (hors récidive), et hors circonstances aggravantes.



Source : OFDT 2016

Références bibliographiques

Akré C., Michaud P.-A., Berchtold A., Suris J.-C. (2010) Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. Health Education Research, Vol. 25, n° 1, pp. 74-82.

Alaux-Cantin S., Warnault V., Legastelois R., Botia B., Pierrefiche O., Vilpoux C., Naassila M. (2013) Alcohol intoxications during adolescence increase motivation for alcohol in adult rats and induce neuroadaptations in the nucleus accumbens. Neuropharmacology, Vol. 67, pp. 521-531.

Alliance contre le tabac (2009) Le contrôle du tabac en France d'Outre-Mer. Etat des lieux de l'application de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Annuaire des acteurs. Paris, Alliance contre le tabac, 76 p.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition: DSM-5. Washington, DC, American Psychiatric Association, 947 p.

Amos A., Wiltshire S., Bostock Y., Haw S., McNeill A. (2004) 'You can't go without a fag... you need it for your hash' - a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. Addiction, Vol. 99, n° 1, pp. 77-81.

Amrous N. (2016) Les infractions à la législation sur les stupéfiants entre 1990 et 2010. Grand Angle, ONDRP, n° 38, 34 p.

Anderson P., De Bruijn A., Angus K., Gordon R., Hastings G. (2009) Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol and Alcoholism, Vol. 44, n° 3, pp. 229-243.

ANLCI (2016) Site de l'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. http://www.anlci.gouv.fr [accédé le 15/06/2016].

ANSM (2015) Résultats des enquêtes DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances). http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/%28offset%29/3#paragraph_54409 [accédé le 25/06/2015].

Aquatias S. (1999) Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de haschich dans les cités de la banlieue parisienne. Sociétés Contemporaines, n° 36 (Les pratiques sociales des drogues), pp. 53-66.

Aseltine R.H., Jr, Schilling E.A., James A., Glanovsky J.L., Jacobs D. (2009) Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: Findings from a large-scale, school-based screening program. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 48, n° 3, pp. 262-270.

Aubusson De Cavarlay B. (2013) Les mineurs mis en cause selon les statistiques de police. Questions Pénales, CESDIP, Vol. 26, n° 2, 4 p.

Australian Government Department of Health (2016) Tobacco control key facts and figures. http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/tobacco-kff [accédé le 07/06/2016].

Azida K., Bernard H. (2009) La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom. La Santé de l'Homme, n° 404, pp. 44-45.

Bajgoric S., Samra K., Chandrapalan S., Gautam N. (2015) Cannabinoid hyperemesis syndrome: a guide for the practising clinician. BMJ Case Reports, doi : 10.1136/bcr-2015-210246.

Barak A., Gluck-Ofri O. (2007) Degree and reciprocity of self-disclosure in online forums. Cyberpsychology and Behavior, Vol. 10, n° 3, pp. 407-417.

Bardhi F., Sifaneck S.J., Johnson B.D., Dunlap E. (2007) Pills, thrills and bellyaches: Case studies of prescription pill use and misuse among marijuana/blunt smoking middle class young women. Contemporary Drug Problems, Vol. 34, n° 1, pp. 53-101.

Barr C., Zapponi C. (2016) Millennials: the trials of Generation Y. Who's winning? Find out how your income compares with every other generation. http://www.theguardian.com/world/ng-interactive/2016/mar/07/whos-winning-find-out-how-your-income-compares-with-every-other-generation [accédé le 03/06/2016].

Barratt M.J. (2011) Beyond Internet as tool: A mixed-methods study of online drug discussion. Faculty of Health Sciences, Curtin University, National Drug Research Institute, Doctoral thesis.

Barrault-Stella L., Berjaud C. (2016) « Celui qui parle de ça, limite on va le vanner. » Des jeunes de classes populaires face aux élections de 2012. In: Les sens du vote. Une enquête sociologique (France 2011-2014), SPEL (collectif Sociologie politique des élections) (Dir.). Rennes, PUR, coll. Res Publica, pp. 25-54.

Bartolomei C. (2012) La justice peut-elle mener la «guerre contre la drogue» ? Point de vue, Observatoire Régional de la Délinquance et des Contextes Sociaux (ORDCS), n° 4, 3 p.

Bava S., Tapert S.F. (2010) Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. Neuropsychology Review, Vol. 20, n° 4, pp. 398-413.

Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P. (2005a) Les usages de produits psychoactifs des étudiants. Psychotropes, Vol. 11, n° 3-4, pp. 31-51.

Beck F., Legleye S., Spilka S. (2005b) Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. Saint-Denis, OFDT, 219 p.

Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S. (2008a) Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFDT. Saint-Denis, Inpes, coll. Etudes Santé Territoires, 261 p.

Beck F., Legleye S., Michel C., Spilka S., Laumond S., Karila L., Le Nézet O. (2008b) Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. Alcoologie et Addictologie, Vol. 30, n° 4, pp. 355-365.

Beck F., Legleye S., Maillochon F., De Peretti G. (2010) Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. Médecine/Sciences, Vol. 26, n° 1, pp. 95-97.

Beck F. (2011) Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 47-48, pp. 488-492.

Beck F., Brugiroux M.F., Cerf N. (2011a) Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009. Saint-Denis, INPES, 195 p.

Beck F., Richard J.-B. (2011b) Les addictions dans les DOM : État des lieux des consommations. Note à la MILDT. Saint-Denis, INPES, 34 p.

Beck F., Richard J.-B. (Dir.) (2013) Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Baromètre Santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètre Santé, 344 p.

Beck F., Guignard R., Haxaire C., Le Moigne P. (2014a) Les consommations de médicaments psychotropes en France. La Santé en action, n° 427, pp. 47-49.

Beck F., Legleye S., Chomynova P., Miller P. (2014b) A quantitative exploration of attitudes out of line with the prevailing norms toward alcohol, tobacco, and cannabis use among European students. Substance Use and Misuse, Vol. 49, n° 7, pp. 878-890.

Beck F., Andler R., Lermenier-Jeannet A. (2015a) La cigarette électronique en France : entre principe de précaution et réduction des risques. Dépendances, n° 56, pp. 15-17.

Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. (2015b) Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances, OFDT, n° 99, 8 p.

Beck F., Richard J.-B., Gauduchon T., Spilka S. (2016) Les usages de drogues dans les DOM en 2014 chez les adolescents et les adultes. Tendances, OFDT, n° 111, 6 p.

Belgherbi S., Mutatayi C., Palle C. (2015) Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question. Saint-Denis, OFDT, 20 p.

Bellamy V., Beaumel C. (2016) Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. Insee Première, n° 1581, 4 p.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M. (2001) Tendances récentes - Rapport TREND 2000. Paris, OFDT, 167 p.

Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Évrard I. (2005) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 176 p.

Ben Lakhdar C. (2007) Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Benso V. (2013) La santé communautaire en éclaireur. Swaps, n° 72 (Nouveaux produits de synthèse), pp. 20.

Benso V. (2016) ICI Drogues : Identifier, Comprendre et Intervenir dans les espaces sociaux numériques en lien avec les Drogues. Compte rendu de recherche. Paris, Association Française de Réduction des risques (AFR), 104 p.

Bibard D., Borrelli C., Mattina C., Mucchielli L., Sahraoui K. (2013) Trafics et trafiquants de drogues à Marseille. Aix-en-Provence, Observatoire régional de la délinquance et des contextes sociaux (ORDCS), 170 p.

Biecheler M.-B., Peytavin J.-F., Facy F., Martineau H., SAM Group (2008) SAM survey on «drugs and fatal accidents»: search of substances consumed and comparison between drivers involved under the influence of alcohol or cannabis. Traffic Injury Prevention, Vol. 9, n° 1, pp. 11-21.

Black D.R., Tobler N.S., Sciacca J.P. (1998) Peer helping/involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth? Journal of School Health, Vol. 68, n° 3, pp. 87-93.

Blanco C., Okuda M., Wright C., Hasin D.S., Grant B.F., Liu S.M., Olfson M. (2008) Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry, Vol. 65, n° 12, pp. 1429-1437.

Borrel C., Lhommeau B. (2010) Être né en France d'un parent immigré. Insee Première, n° 1287, 4 p.

Botvin G.J., Baker P.E., Dusenbury L., Botvin E.M., Diaz P.T. (1995) Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. Journal of the American Medical Association, Vol. 273, n° 14, pp. 1106-1112.

Botvin G.J., Griffin K.W. (2002) Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. International Journal of Emergency Mental Health, Vol. 4, n° 1, pp. 41-47.

Botvin G.J., Griffin K.W. (2007) School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. International Review of Psychiatry, Vol. 19, n° 6, pp. 607-615.

Bourdieu P., Passeron J.-C. (1994) Les héritiers. Les étudiants et la culture. Paris, Editions de Minuit, 189 p.

Boyd C.J., McCabe S.E., Cranford J.A., Young A. (2006) Adolescents' motivations to abuse prescription medications. Pediatrics, Vol. 118, n° 6, pp. 2472-2480.

Brewer N.T. (2003) The relation of internet searching to club drug knowledge and attitudes. Psychology and Health, Vol. 18, n° 3, pp. 387-401.

Brice L., Croutte P., Jauneau-Cottet P., Lautié S. (2015) Baromètre du numérique. Edition 2015. Paris, Crédoc, Conseil général de l'économie (CEG), Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP), 170 p.

Brotherhood A., Sumnall H.R., EMCDDA (2011) European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. Manuals, n°7, 284 p.

Brown A., Boudreau C., Moodie C., Fong G.T., Li G.Y., McNeill A., Thompson M.E., Hassan L.M., Hyland A., Thrasher J.F., Yong H.H., Borland R., Hastings G., Hammond D. (2012) Support for removal of point-of-purchase tobacco advertising and displays: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Canada survey. Tobacco Control, Vol. 21, n° 6, pp. 555-559.

Buttner A. (2012) Neuropathological alterations in cocaine abuse. Current Medicinal Chemistry, Vol. 19, n° 33, pp. 5597-5600.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A., Évrard I. (2008) Huitième rapport national du dispositif TREND. Tendances, OFDT, n° 58, 4 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A. (2010) Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 281 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Martinez M., Dambélé S., Saïd S. (2013) Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012). Observations au plan national du dispositif TREND en matière de psychotropes illicites ou détournés de leur usage. Tendances, OFDT, n° 86, 8 p.

Cadet-Taïrou A., Dambélé S. (2014) Nouveaux modes de socialisation des jeunes publics adultes en espaces ouverts autour de consommations d'alcool. Saint-Denis, OFDT, 80 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M. (2014) L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013). Note 2014-9 à destination de l'ANSM. Saint-Denis, OFDT, 17 p.

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. (2015a) Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). Tendances, OFDT, n° 105, 6 p.

Cadet-Taïrou A., Saïd S., Martinez M. (2015b) Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances, OFDT, n° 98, 8 p.

Cadet-Taïrou A. (2016) Profils et pratiques des usagers de nouveaux produits de synthèse. Tendances, OFDT, n° 108, 8 p.

Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N., Hughes R., Moore L. (2008) An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. The Lancet, Vol. 371, n° 9624, pp. 1595-1602.

Carey K.B., Scott-Sheldon L.A., Carey M.P., DeMartini K.S. (2007) Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. Addictive Behaviors, Vol. 32, n° 11, pp. 2469-2494.

Carey K.B., Henson J.M., Carey M.P., Maisto S.A. (2010) Perceived norms mediate effects of a brief motivational intervention for sanctioned college drinkers. Clinical Psychology: Science and Practice, Vol. 17, n° 1, pp. 58-71.

Carey K.B., Carey M.P., Henson J.M., Maisto S.A., Demartini K.S. (2011) Brief alcohol interventions for mandated college students: comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. Addiction, Vol. 106, n° 3, pp. 528-537.

Carney T., Myers B.J., Louw J., Okwundu C.I. (2016) Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 1, CD008969.

Casey B.J., Jones R.M., Somerville L.H. (2011) Braking and accelerating of the adolescent brain. Journal of Research on Adolescence, Vol. 21, n° 1, pp. 21-33.

Castel R. (1998) Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Paris, Fayard, 490 p.

Castel R. (1998) Les sorties de la toxicomanie. Fribourg Editions Universitaires, coll. Res Socialis, 296 p.

Castell L., Portela M., Rivalin R. (2016) Les principales ressources des 18-24 ans. Premiers résultats de l'enquête nationale sur les ressources des jeunes. Insee Première, n° 1603, 4 p.

CCLAT (2009) Consolider nos forces : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire. Un guide pour les intervenants en santé et en éducation (version 1.0). Ottawa, ON, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 76 p.

Chabrol H., Roura C., Kallmeyer A. (2004) Les représentations des effets du cannabis : une étude qualitative chez les adolescents consommateurs et non consommateurs. L'Encéphale, Vol. 30, n° 3, pp. 259-265.

Chassin L., Pitts S.C., Prost J. (2002) Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, n° 1, pp. 67-78.

Chen C.Y., O'Brien M.S., Anthony J.C. (2005) Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. Drug and Alcohol Dependence, Vol. 79, n° 1, pp. 11-22.

Chiauzzi E., Dasmahapatra P., Lobo K., Barratt M.J. (2013) Participatory research with an online drug forum: a survey of user characteristics, information sharing, and harm reduction views. Substance Use and Misuse, Vol. 48, n° 8, pp. 661-670.

Chobeaux F., Aubertin M.X. (2013) Jeunes en errance et addictions. Paris, CEMEA, 110 p.

CNC (2016) Bilan 2015. Paris, Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC), 139 p.

Commission Européenne (2014) Une nouvelle année record pour Erasmus. Communiqué de presse du 10 juillet 2014. Bruxelles, Commission Européenne, 11 p.

Consoli A., Peyre H., Speranza M., Hassler C., Falissard B., Touchette E., Cohen D., Moro M.-R., Révah-Lévy A. (2013) Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, Vol. 7, n° 1, pp. 8.

Conway K.P., Compton W., Stinson F.S., Grant B.F. (2006) Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 67, n° 2, pp. 247-257.

Costes J.-M. (Dir.) (2010) Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 194 p.

Cottraux J. (2013) Vers le DSM-5 : la classification des troubles de la personnalité. SPS - Science & pseudo-sciences, n° 303.

Couteron J.-P., Beck F., Bonnet N., Obradovic I. (2015) Adolescence et addiction : pistes et propositions pour adapter les politiques de santé publique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Vol. 63, n° 4, pp. 258-267.

Craplet M. (2006) La prévention «mise à la question» : éducation ou contrôle. I - Aperçu sur l'histoire et l'actualité de la prévention en alcoologie. Alcoologie et Addictologie, Vol. 28, n° 4, pp. 337-346.

Crédoc (2012) Les jeunes d'aujourd'hui : quelle société pour demain ? Paris, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc), coll. Cahier de recherche, n°292, 216 p.

Critchlow N., Moodie C., Bauld L., Bonner A., Hastings G. (2016) Awareness of, and participation with, digital alcohol marketing, and the association with frequency of high episodic drinking among young adults. Drugs: Education, Prevention and Policy (Prépublication), doi : 10.3109/09687637.2015.1119247.

Cuijpers P. (2002) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. Addictive Behaviors, Vol. 27, n° 6, pp. 1009-1023.

Cusson M. (2003) Délinquants pourquoi ? Montréal, Bibliothèque québécoise, 300 p.

de Montgolfier A., Dallier P. (2013) Rapport d'information n°93 fait au nom de la commission des finances sur le rôle des douanes dans la lutte contre la fraude sur Internet. Paris, Sénat, 86 p.

Degorre A., Guyon V., Moisy M. (2009) Sur dix jeunes entrés en 6e en 1995, neuf se déclarent en bonne ou très bonne santé en 2007. Insee Première, n° 1261, 4 p.

DEPP (2013) Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. RERS 2013. Paris, Ministère de l'éducation nationale ; Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 428 p.

DEPP (2015a) L'état de l'école 2015. Coûts, activités, résultats. Paris, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, 84 p.

DEPP (2015b) Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. RERS 2015. Paris, Ministère de l'éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 433 p.

DeSantis A., Noar S.M., Webb E.M. (2010a) Speeding through the frat house: A qualitative exploration of nonmedical ADHD stimulant use in fraternities. Journal of Drug Education, Vol. 40, n° 2, pp. 157-171.

DeSantis A.D., Webb E.M., Noar S.M. (2008) Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. Journal of American College Health, Vol. 57, n° 3, pp. 315-324.

DeSantis A.D., Hane A.C. (2010b) «Adderall is definitely not a drug»: justifications for the illegal use of ADHD stimulants. Substance Use and Misuse, Vol. 45, n° 1-2, pp. 31-46.

Díaz Gómez C., Lermenier A., Milhet M. (2013) Evaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Saint Denis, OFDT, 134 p.

Díaz Gómez C., Ngantcha M., Le Garjean N., Brouard N., Lasbliez M., Perennes M., Kerdiles F.J., Le Lan C., Moiran R., Travers D., Bellou A. (2014) Brief motivational intervention to reduce alcohol consumption in young patients in an emergency department: The AURAIA research study. Asia Pacific Journal of Medical Toxicology, Vol. 3, Suppl. 1, pp. 15.

Diestelkamp S., Drechsel M., Baldus C., Wartberg L., Arnaud N., Thomasius R. (2016) Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: A systematic review and European evidence synthesis. European Addiction Research, Vol. 22, n° 1, pp. 17-35.

DiFranza J.R., Savageau J.A., Fletcher K.E. (2009) Enforcement of underage sales laws as a predictor of daily smoking among adolescents: a national study. BMC Public Health, Vol. 9, n° 107.

Direction de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative (2012) Les chiffres-clés de la jeunesse. Paris, Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, 14 p.

Donnat O. (2009) Les pratiques culturelles des Français à l'ère numérique. Éléments de synthèse 1997-2008. Paris, Département des études de la prospective et des statistiques, Ministère de la culture et de la communication, coll. Culture études, n°5, 12 p.

Du Roscoät E., Clement J., Lamboy B. (2013a) Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique, Vol. 25, n° 1 Suppl., pp. 47-56.

Du Roscoät E., Legleye S., Guignard R., Husky M., Beck F. (2013b) Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents, sample. Journal of Affective Disorders, Vol. 190, pp. 517-521.

Dunn C., Deroo L., Rivara F.P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. Addiction, Vol. 96, n° 12, pp. 1725-1742.

Durier S., Touré G. (2015) En 2014, 85 % des jeunes Français de 18 à 24 ans étaient inscrits sur les listes électorales. Insee Focus, n° 22.

Durkin S., Brennan E., Coomber K., Zacher M., Scollo M., Wakefield M. (2015) Short-term changes in quitting-related cognitions and behaviours after the implementation of plain packaging with larger health warnings: findings from a national cohort study with Australian adult smokers. Tobacco Control, Vol. 24, Suppl. 2, pp. ii26-ii32.

Ehrenberg A. (Dir.) (1998) Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières. Paris, Esprit, coll. Société, 264 p.

Ehrlich M.E., Sommer J., Canas E., Unterwald E.M. (2002) Periadolescent mice show enhanced ΔFosB upregulation in response to cocaine and amphetamine. Journal of Neuroscience, Vol. 22, n° 21, pp. 9155-9159.

Ellickson P.L., Bell R.M. (1990) Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. Science, Vol. 247, n° 4948, pp. 1299-1305.

EMCDDA (2011) Rapport annuel 2011 : état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 117 p.

EMCDDA (2012) Rapport annuel 2012 : état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 111 p.

EMCDDA (2016) Rapport européen sur les drogues 2015 : tendances et évolutions. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 84 p.

EMCDDA, Europol (2016a) EU Drug markets report: In-depth analysis. Lisbon, EMCDDA ; Europol, coll. Joint publications, 188 p.

EMCDDA, Mounteney J., Bo A., Cunningham A., Giraudon I., Matias J., Pirona A., Van Gelder N., Rybarska A., Vandam L., Griffiths P. (2016b) Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market. Results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 20 p.

EMCDDA, Mounteney J., Bo A., Oteo A. (2016c) The internet and drug markets. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n° 21, 140 p.

Ernst M., Nelson E.E., Jazbec S., McClure E.B., Monk C.S., Leibenluft E., Blair J., Pine D.S. (2005) Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. NeuroImage, Vol. 25, n° 4, pp. 1279-1291.

Eurostat (2015) Being young in Europe today. Luxembourg, Eurostat, 214 p.

Fachini A., Aliane P.P., Martinez E.Z., Furtado E.F. (2012) Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, Vol. 7, n° 40.

Faggiano F., Galanti M.R., Bohrn K., Burkhart G., Vigna-Taglianti F., Cuomo L., Fabiani L., Panella M., Perez T., Siliquini R., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G., EU-Dap Study Group (2008) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial Preventive Medicine, Vol. 47, n° 5, pp. 537-543.

Faggiano F., Minozzi S., Versino E., Buscemi D. (2014) Universal school-based prevention for illicit drug use. Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 12, CD003020.

Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Burkhart G., Bohrn K., Cuomo L., Gregori D., Panella M., Scatigna M., Siliquini R., Varona L., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G., Galanti M.R. (2010) The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, Vol. 108, n° 1-2, pp. 56-64.

Faugeron C. (1999) Les drogues en France : politiques, marchés, usages. Genève, Georg, 279 p.

Fédération Addiction, RESPADD (2016) Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt. Manuel pour les professionnels des CJC et de premier recours. Paris, Fédération Addiction ; RESPADD, 98 p.

Feighery E., Altman D.G., Shaffer G. (1991) The effects of combining education and enforcement to reduce tobacco sales to minors. A study of four northern California communities. Journal of the American Medical Association, Vol. 266, n° 22, pp. 3168-3171.

Fergusson D., Woodward L.J., Horwood L.J. (2000) Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. Psychological Medicine, Vol. 30, n° 1, pp. 23-39.

Firdion J.-M., Mauger G., Marpsat M., Amossé T., Arduin P., Cau S., Lecomte T., Quaglia M., Vivier G. (1999) Les jeunes en grande difficulté : rapport au logement, ruptures familiales, trajectoires et santé. Rapport pour l'INSERM. Paris, INED, 172 p.

Forum Droghe, TNI (2014) Global experiences with harm reduction for stimulants and new psychoactive substances. Expert Seminar, Rome, May 20th 2014. Transnational Institute. https://www.tni.org/en/events/global-experiences-harm-reduction-stimulants-and-new-psychoactive-substances [accédé le 29/06/2016].

Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. (2011) Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 5, CD009113.

Foxcroft D.R., Moreira M.T., Almeida Santimano N.M., Smith L.A. (2015) Social norms information for alcohol misuse in university and college students [Intervention review]. Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 1, CD006748.

Galland O. (2001) Sociologie de la jeunesse. Paris, Armand Colin, 248 p.

Gallopel-Morvan K. (2008) Producteurs d'alcool : un marketing sur mesure pour séduire les jeunes. La Santé de l'Homme, n° 398, pp. 20-21.

Gallopel-Morvan K., Béguinot E., Eker F., Martinet Y., Hammond D. (2011) Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un

contexte français. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 20-21 (Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011), pp. 244-247.

Gallopel-Morvan K., Moodie C., Hammond D., Eker F., Béguinot E., Martinet Y. (2012) Consumer perceptions of cigarette pack design in France: a comparison of regular, limited edition and plain packaging. Tobacco Control, Vol. 21, n° 5, pp. 502-506.

Gallopel-Morvan K. (2013) Le paquet de cigarettes au service de l'industrie du tabac ou de la santé publique ? Communication & Langages, n° 179, pp. 79-92.

Gallopel-Morvan K., Moodie C., Eker F., Béguinot E., Martinet Y. (2015) Efficacité des paquets de cigarettes neutres sur des fumeuses en France : une étude dans un contexte réel de consommation. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 17-18, pp. 308-315.

Gallopel-Morvan K., Spilka S., Mutatayi C., Rigaud A., Lecas F., Beck F. (2016) France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. Addiction.

Gandilhon M. (2007) Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances, OFDT, n° 53, 4 p.

Gandilhon M., Cadet-Taïrou A., Lahaie E., Chalumeau M. (2010a) Drogues illicite : les observations du dispositif TREND en 2009. Tendances, OFDT, n° 73, 6 p.

Gandilhon M., Hoareau E. (2010b) Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 124-136.

Gandilhon M., Cadet-Taïrou A. (2015) Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponse publique. Tendances, OFDT, n° 104, 4 p.

Gandilhon M., Weinberger D. (2016) Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne. Drogues, enjeux internationaux, OFDT, n° 9, 8 p.

George T., Vaccarino F. (Dir.) (2015) Toxicomanie au Canada : Les effets de la consommation de cannabis à l'adolescence. Ottawa, ON, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), 103 p.

Ghosh-Dastidar B., Longshore D.L., Ellickson P.L., McCaffrey D.F. (2004) Modifying pro-drug risk factors in adolescents: results from project ALERT. Health Education and Behavior, Vol. 31, n° 3, pp. 318-334.

Giannasi P., Pazos D., Esseiva P., Rossy Q. (2012) Détection et analyse des sites de vente de GBL sur Internet : perspectives en matière de renseignement criminel. Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique, Vol. 65, n° 4, pp. 468-479.

Giedd J.N., Blumenthal J., Jeffries N.O., Castellanos F.X., Liu H., Zijdenbos A., Paus T., Evans A.C., Rapoport J.L. (1999) Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. Nature Neuroscience, Vol. 2, n° 10, pp. 861-863.

Girard G., Boscher G. (2010) L'ecstasy, de l'engouement à la 'ringardisation'. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 96-105.

Godeau E., Navarro F., Arnaud C. (2012) La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis, INPES, 250 p.

Goldberger C., Dervaux A., Gourion D., Bourdel M.C., Loo H., Laqueille X., Krebs M.O. (2010) Variable individual sensitivity to cannabis in patients with schizophrenia. International Journal of Neuropsychopharmacology, Vol. 13, n° 9, pp. 1145-1154.

Gottfredson D.C., Wilson D.B. (2003) Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prevention Science, Vol. 4, n° 1, pp. 27-38.

Gowing L.R., Henry-Edwards S.M., Irvine R.J., Ali R.L. (2002) The health effects of ecstasy: a literature review. Drug and Alcohol Review, Vol. 21, n° 1, pp. 53-63.

Granjon F. (2009) Inégalités numériques et reconnaissance sociale. Des usages populaires de l'informatique connectée. Les Cahiers du numérique, Vol. 5, pp. 19-44.

Grant I., Gonzalez R., Carey C.L., Natarajan L., Wolfson T. (2003) Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. Journal of the International Neuropsychological Society, Vol. 9, n° 5, pp. 679-689.

Grelet Y., Vivent C. (2011) La course d'orientation des jeunes ruraux. Bref du Céreq, n° 292, 4 p.

Grenard J.L., Ames S.L., Pentz M.A., Sussman S. (2006) Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. International Journal of Adolescent Medicine and Health, Vol. 18, n° 1, pp. 53-67.

Gruber S.A., Silveri M.M., Dahlgren M.K., Yurgelun-Todd D. (2011) Why so impulsive? White matter alterations are associated with impulsivity in chronic marijuana smokers. Experimental and Clinical Psychopharmacology, Vol. 19, n° 3, pp. 231-242.

Guillemont J., Beck F. (2008) La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes. La Santé de l'Homme, n° 398, pp. 10-12.

Guilluy C., Noyé C. (2004) Atlas des nouvelles fractures sociales en France. Les classes moyennes précarisées et oubliées. Paris, Autrement, coll. Atlas/Monde, 63 p.

Hall W., Renström M., Poznyak V., WHO (2016a) The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva, WHO, 62 p.

Hall W.D., Patton G., Stockings E., Weier M., Lynskey M., Morley K.I., Degenhardt L. (2016b) Why young people's substance use matters for global health. The Lancet Psychiatry, Vol. 3, n° 3, pp. 265-279.

Hansen W.B. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. Health Education Research, Vol. 7, n° 3, pp. 403-430.

Harris S.K., Knight J.R. (2014) Putting the screen in screening technology-based alcohol screening and brief interventions in medical settings. Alcohol Research-Current Reviews, Vol. 36, n° 1, pp. 63-79.

Hartman R.L., Huestis M.A. (2013) Cannabis effects on driving skills. Clinical Chemistry, Vol. 59, n° 3, pp. 478-492.

HAS (2014) Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration. Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 54 p.

Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, Vol. 112, n° 1, pp. 64-105.

Hawks D., Scott K., McBride N., Jones P., Stockwell T. (2002) Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Genève, WHO, 277 p.

HCSP (2009) Avis du HCSP du 1er juillet 2009 relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool. Paris, Haut conseil de la santé publique, 2 p.

HCSP (2016) Avis du 22 février 2016 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris, Haut Conseil de la santé publique, 26 p.

Hennessy E.A., Tanner-Smith E.E. (2015) Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: a meta-analysis of alcohol use prevention programs. Prevention Science, Vol. 16, n° 3, pp. 463-474.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. (2012) The 2011 ESPAD report - Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs), 390 p.

Hillebrand J., Olszewski D., Sedefov R. (2006) Hallucinogenic mushrooms: an emerging trend case study. Lisbon, EMCDDA, coll. Thematic Papers, 33 p.

Hoffman E.W., Pinkleton B.E., Weintraub Austin E., Reyes-Velazquez W. (2014) Exploring college students' use of general and alcohol-related social media and their associations with alcohol-related behaviors. Journal of American College Health, Vol. 62, n° 5, pp. 328-335.

Hollingworth W., Cohen D., Hawkins J., Hughes R.A., Moore L.A.R., Holliday J.C., Audrey S., Starkey F., Campbell R. (2012) Reducing smoking in adolescents: Cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial). Nicotine and Tobacco Research, Vol. 14, n° 2, pp. 161-168.

Ickes M.J., Haider T., Sharma M. (2015) Alcohol abuse prevention programs in college students. Journal of Substance Use, Vol. 20, n° 3, pp. 208-227.

Inchley J., Currie D., Young T., Samdal O., Torsheim T., Augustson L., Mathison F., Aleman-Diaz A., Molcho M., Weber M., Barnekow V. (2016) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, coll. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), n°7, 277 p.

Iniguez S.D., Warren B.L., Parise E.M., Alcantara L.F., Schuh B., Maffeo M.L., Manojlovic Z., Bolanos-Guzman C.A. (2009) Nicotine exposure during adolescence induces a depression-like state in adulthood. Neuropsychopharmacology, Vol. 34, n° 6, pp. 1609-1624.

Insee (2015) Couples et familles. Édition 2015. Paris, Insee, coll. Insee Références, 190 p.

Insee (2016) Le taux de chômage est stable au premier trimestre 2016. Informations rapides, Insee, n° 130, 2 p.

INSERM (2004) Psychothérapie : trois approches évaluées. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 553 p.

INSERM (2008) Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 479 p.

INSERM (2012) Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 586 p.

INSERM (2014) Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 482 p.

Jauffret-Roustide M. (2005) L'auto-support des usagers de drogues : une «compétence de vie» reconvertie en expertise. In: Le recours aux experts, raisons et usages politiques (Symposium), Dumoulin L., La Branche S., Robert C., Warin P. (Dir.). Grenoble, PUG, coll. Symposium, pp. 401-425.

Jeammet P. (2016) Adolescence et addiction : éléments de psychopathologie. In: Traité d'addictologie. 2e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, pp. 122-131.

Jensen C.D., Cushing C.C., Aylward B.S., Craig J.T., Sorell D.M., Steele R.G. (2011) Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 79, n° 4, pp. 433-440.

Jernigan T.L., Trauner D.A., Hesselink J.R., Tallal P.A. (1991) Maturation of human cerebrum observed in vivo during adolescence. Brain, Vol. 114, n° 5, pp. 2037-2049.

Johnston L.D., O'Malley P.M., Miech R.A., Bachman J.G., Schulenberg J.E. (2014) Monitoring the future. National results on adolescent drug use 1975-2013. Overview of key findings on adolescent drug use. Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan.

Jones L., Sumnall H., Witty K., Wareing M., McVeigh J., Bellis M.A. (2006) A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. Liverpool, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 391 p.

Karila L., Reynaud M. (2016) Facteurs de risques et de vulnérabilité. In: Traité d'addictologie. 2e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, pp. 84-86.

Karsenty S., Díaz Gómez C. (2006) Tabac et lycées : principales évolutions 2002-2006. Tendances, OFDT, n° 51, 4 p.

Karsenty S., Díaz Gómez C., Lermenier A., Galissi V. (2013) L'application de l'interdiction des ventes d'alcool aux mineurs en France depuis la loi de 2009.

Comparaison entre 2012 et 2005. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 16-17-18, pp. 172-175.

Kellam S.G., Mackenzie A.C., Brown C.H., Poduska J.M., Wang W., Petras H., Wilcox H.C. (2011) The good behavior game and the future of prevention and treatment. Addiction Science and Clinical practice, Vol. 6, n° 1, pp. 73-84.

Kish S.J., Lerch J., Furukawa Y., Tong J., McCluskey T., Wilkins D., Houle S., Meyer J., Mundo E., Wilson A.A., Rusjan P.M., Saint-Cyr J.A., Guttman M., Collins D.L., Shapiro C., Warsh J.J., Boileau I. (2010) Decreased cerebral cortical serotonin transporter binding in ecstasy users: a positron emission tomography/[11C]DASB and structural brain imaging study. Brain, Vol. 133, n° 6, pp. 1779-1797.

Klomp A., den Hollander B., de Bruin K., Booij J., Reneman L. (2012) The effects of ecstasy (MDMA) on brain serotonin transporters are dependent on age-of-first exposure in recreational users and animals. PLoS One, Vol. 7, n° 10, e47524.

Kokoreff M., Peraldi M., Weinberger M. (Dir.) (2007) Economies criminelles et mondes urbains. Sciences sociales et sociétés. Paris, PUF, coll. Sciences sociales et sociétés, 213 p.

Kramarz F., Viarengo M. (2015) Ni en emploi, ni en formation. Des jeunes laissés pour compte, Les Presses de Sciences Po, coll. Sécuriser l'emploi, 112 p.

Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G., Engels R. (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. Clinical Psychology Review, Vol. 25, n° 7, pp. 841-861.

Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G., Engels R. (2006) Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. Addictive Behaviors, Vol. 31, n° 10, pp. 1844-1857.

Kuntsche E., Stewart S.H., Cooper M.L. (2008) How stable is the motive-alcohol use link? A cross-national validation of the Drinking Motives Questionnaire Revised among adolescents from Switzerland, Canada, and the United States. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Vol. 69, n° 3, pp. 388-396.

Lafaye G. (2016) Adolescence et addiction : clinique et prise en charge. In: Traité d'addictologie. 2e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, pp. 132-138.

Lahaie E., Cadet-Taïrou A. (2010) Méphédrone et autres nouveaux stimulants de synthèse en circulation. Note d'information SINTES. Saint-Denis, OFDT, 14 p.

Lahaie E., Martinez M., Cadet-Taïrou A. (2013) Nouveaux produits de synthèse et Internet. Tendances, OFDT, n° 84, 8 p.

Lalam N. (2011) « La cannette et le sandwich ». La participation des jeunes dans le trafic de stupéfiants. In: L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues. Ateliers professionnels, 6-7 Mai 2010, Marseille, Duport C. (Dir.). Marseille, Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention (addap13), pp. 45-52.

Lamboy B., Fortin J., Azorin J.C., Nekaa M. (coord.) (2015) Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La Santé en action, n° 431, pp. 10-40.

Lancial N. (2011) Les usagers récréatifs cachés de cocaïne. Analyse des pratiques dans le Nord de la France. Université des Sciences et Techniques de Lille I, École doctorale Sciences économiques, sociales, de l'aménagement et du management, Thèse de sociologie, 438 p.

Lancial N., Lose S. (2013) Enquête en milieux festifs à Lille. Lille, Le Cèdre Bleu, 214 p.

Lancial N., Lose S. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Lille. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Lancial N., Lose S. (à paraître) Tendances récentes et nouvelles drogues - Lille. Synthèse des résultats 2015. Saint-Denis, OFDT.

Langlois E., Milhet M. (2016) Médicaments psychotropes. Etude qualitative sur l'usage détourné de médicaments par les jeunes. Saint-Denis, OFDT, 70 p.

Large M., Sharma S., Compton M.T., Slade T., Nielssen O. (2011) Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. Archives of General Psychiatry, Vol. 68, n° 6, pp. 555-561.

Laugénie C. (2001) L'harmonisation des diplômes européens. Modules, crédits, reconnaissance dans la perspective de la Déclaration de Bologne 1999. Cahiers du CEFRES, n° 24.

Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.-L., Groupe SAM (2011) Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse épidémiologique. Saint-Denis, OFDT, 166 p.

Lazès-Charmetant A., Delile J.-M. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Bordeaux. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Lazès-Charmetant A., Delile J.-M. (à paraître) Tendances récentes et nouvelles drogues - Bordeaux. Synthèse des résultats 2015. Saint-Denis, OFDT.

Le Garjean N., Vivier-Rousselot V. (2014) Conduites addictives : mieux utiliser Internet et le mobile en prévention et réduction des risques. Rennes, AIRDDS Bretagne, 121 p.

Le Garrec S. (2002) Ces ados qui «en prennent» : sociologie des consommations toxiques adolescentes. Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 326 p.

Le Hénaff Y. (2016) Apprendre à « gérer » sa consommation : une approche biographique de l'alcoolisation chez les étudiants. Agora débats/jeunesses, n° 72, pp. 61-74.

Le Nézet O., Spilka S. (2014a) Usage d'Internet à la fin de l'adolescence en 2011. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Le Nézet O., Spilka S., Beck F. (2014b) Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances, OFDT, n° 95, 4 p.

Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. (2015) Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances, OFDT, n° 102, 4 p.

Le Rhun B., Martinelli D., Minni C., Recotillet I. (2013) Origine et insertion des jeunes sans diplôme. In: Formations et emploi. Édition 2013, Insee (Dir.). Paris, coll. Insee Références, pp. 23-32.

Le Rouzic M., Frison E., Kinouani S., Maurice S., Bustos C., Castera P. (2015) Repérage précoce et intervention brève «jeunes». Impact des formations en santé scolaire. Alcoologie et Addictologie, Vol. 37, n° 3, pp. 223-232.

Lécallier D., Hadj-Slimane F., Landry M., Bristol-Gauzy P., Cordoliani C., Grélois M., Delva C., Michaud P. (2012) Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs de substances psycho-actives (ROC-ADO). Étude prospective randomisée contrôlée auprès de 2120 adolescents. La Presse Médicale, Vol. 41, n° 9, Part 1, pp. e411-e419.

Léger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. (2012) Total sleep time severely drops during adolescence. PLoS One, Vol. 7, n° 10, e45204.

Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C. (2009) Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. Tendances, OFDT, n° 66, 6 p.

Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., Firdion J.-M. (2010) Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. Journal of Affective Disorders, Vol. 123, n° 1-3, pp. 108-115.

Ligue contre le cancer (2012) Tabac et cinéma : la Ligue révèle les résultats édifiants d'une enquête inédite menée depuis 2005 sur 180 films français et relance la campagne Tueurs-payeurs. Communiqué de presse du 31 mai 2012, 4 p.

Lisdahl K.M., Thayer R., Squeglia L.M., McQueeny T.M., Tapert S.F. (2013) Recent binge drinking predicts smaller cerebellar volumes in adolescents. Psychiatry Research, Vol. 211, n° 1, pp. 17-23.

Lisdahl K.M., Wright N.E., Medina-Kirchner C., Maple K.E., Shollenbarger S. (2014) Considering cannabis: The effects of regular cannabis use on neurocognition in adolescents and young adults. Current Addiction Reports, Vol. 1, n° 2, pp. 144-156.

Lord S., Brevard J., Budman S. (2011) Connecting to young adults: an online social network survey of beliefs and attitudes associated with prescription opioid misuse among college students. Substance Use and Misuse, Vol. 46, n° 1, pp. 66-76.

Macgowan M.J., Engle B. (2010) Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol. 19, n° 3, pp. 527-545.

Mainaud T. (2015) Une justice pénale des mineurs adaptée à une délinquance particulière. Infostat Justice, n° 133, 8 p.

Marseille Provence Métropole (MPM), Agence d'urbanisme de l'agglomération marseillaise (AGAM) ZFU (Zones franches urbaines) - Population de Marseille nord. http://www.zfu-marseilleprovence.fr/upload/Panneau_AGAM1.pdf [accédé le 17/06/2016].

McCann U.D., Szabo Z., Scheffel U., Dannals R.F., Ricaurte G.A. (1998) Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA («Ecstasy») on brain serotonin neurons in human beings. The Lancet, Vol. 352, n° 9138, pp. 1433-1437.

McCann U.D., Szabo Z., Vranesic M., Palermo M., Mathews W.B., Ravert H.T., Dannals R.F., Ricaurte G.A. (2008) Positron emission tomographic studies of brain dopamine and serotonin transporters in abstinent ±3,4-methylenedioxymethamphetamine («ecstasy») users: relationship to cognitive performance. Psychopharmacology, Vol. 200, n° 3, pp. 439-450.

McClure A.C., Tanski S.E., Jackson K.M., Sargent J.D. (2013) TV and Internet alcohol marketing and underage alcohol use. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 37, Suppl. 2, pp. 13A.

McGrath Y., Sumnall H., McVeigh J., Bellis M. (2006) Drug use prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing update. London, NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, 35 p.

McQuown S.C., Belluzzi J.D., Leslie F.M. (2007) Low dose nicotine treatment during early adolescence increases subsequent cocaine reward. Neurotoxicology and Teratology, Vol. 29, n° 1, pp. 66-73.

Mehlenbeck R.S., Wember Y.M. (2008) Motivational interviewing and pediatric obesity. In: Handbook of chilhood and adolescent obesity. Jelalian E., Steele R.G. (Dir.). New York, Springer, coll. Issues in Clinical Child Psychology, pp. 405-424.

Menghrajani P., Klaue K., Dubois-Arber F., Michaud P.A. (2005) Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. Health Education Research, Vol. 20, n° 4, pp. 476-484.

Metton C. (2004) Les usages de l'Internet par les collégiens. Explorer les mondes sociaux depuis le domicile. Réseaux, n° 123 (L'Internet en famille), pp. 59-84.

Michaud P., Lécallier D., Hadj-Slimane F. (2015) Prévention secondaire des dommages liés aux substances psychoactives chez les jeunes Français. Drogues, santé et société, Vol. 14, n° 1, pp. 1-15.

MILDT (2013) Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 82 p.

Milhet M. (2015) Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes. Revue de littérature. Note 2015-08. Saint-Denis, OFDT, 22 p.

Milhet M., Díaz Gómez C. (2006) Alcoolisations excessives et médecine de ville. Tendances, OFDT, n° 47, 4 p.

Milhet M., Díaz Gómez C., Martinez M. (2013) L'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans : une étude qualitative sur le point de vue des mineurs et leurs stratégies de contournement de la loi. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 20-21, pp. 224-226.

Milhet M., Langlois E. (2016) Jeunes et médicaments psychotropes. Enquête qualitative sur l'usage détourné. Tendances, OFDT, n° 109, 4 p.

Miller W.R., Rollnick S. (1991) Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York, Guildford Press, 348 p.

Miller W.R., Rollnick S. (2002) Motivational interviewing: Preparing people for change, Second edition. New York, Guildford Press, 428 p.

Ministère de la Justice (2015) Les condamnations. Année 2014. Paris, Ministère de la Justice, Sous-direction de la Statistique et des Études, 256 p.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2014) Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [PNRT]. Cancer 2014-

2019 - Objectif 10. Paris, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 55 p.
Ministère des droits des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports (2014) Les chiffres-clés du sport, 14 p.
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (2016) Plan de santé au travail 2016-2020, 74 p.
Minstère de la Justice (2015) Les chiffres-clés de la justice. Édition 2015. Paris, Ministère de la Justice, 44 p.
Moodie C., Angus K., Stead M., Bauld L. (2013) Plain tobacco packaging research: an update. Stirling, Scotland, Centre for Tobacco Control Research, Institute for Social Marketing, University of Stirling, 53 p.
Moodie C., Stead M., Bauld L., McNeill A., Angus K., Hinds K., Kwan I., Thomas J., Hastings G., O'Mara-Eves A. (2012) Plain tobacco packaging: a systematic review. London, Public Health Research Consortium, 126 p.
Moore D. (2008) Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: on the creation and reproduction of an absence. International Journal of Drug Policy, Vol. 19, n° 5, pp. 353-358.
Mucchielli L. (2013) Délinquance et criminalité à Marseille. Fantasmes et réalités. Paris, Fondation Jean-Jaurès, coll. Les essais, 63 p.
Muxel A. (2010) L'engagement politique dans la chaîne des générations. Revue Projet, n° 316 (Difficiles solidarités entre générations), pp. 60-68.
Muxel A. (2014) La vague de l'abstention. Paris, SciencesPo., Cevipof, coll. Elections municipales 2014 - Les enjeux, n°9, 9 p.
Naar-King S., Suarez M. (2011) Motivational interviewing with adolescents and young adults. New York, Guilford Press, 224 p.
Naassila M. (2008) Du plaisir à la dépendance. Cerveau&Psycho, n° 29 (Alcool, plaisir et dépendance).
Néfau T., Martinez M., Cadet-Taïrou A. (2015a) Circulation possible de comprimés d'ecstasy contenant de la PMMA. Note d'information Sintes, 12 février 2015. Saint-Denis, OFDT, 2 p.
Néfau T., Martinez M., Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Réseau Trend, Dispositif Sintes (2015b) What is new on ecstasy in France? Shapes, rates and user perceptions. Poster presented at the Lisbon Addictions Conference. Saint-Denis, OFDT, 1 p.
NHMRC (2009) Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra ACT, Australian Government, National Health and Medical Research Council, 181 p.
Nuutinen T., Roos E., Ray C., Villberg J., Välimaa R., Rasmussen M., Holstein B., Godeau E., Beck F., Léger D., Tynjälä J. (2014) Computer use, sleep duration and health symptoms: a cross-sectional study of 15-year olds in three countries. International Journal of Public Health, Vol. 59, n° 4, pp. 619-628.
Obradovic I. (2006) Premier bilan des «consultations cannabis». Tendances, OFDT, n° 50, 6 p.
Obradovic I. (2009) Évaluation du dispositif des «Consultations jeunes consommateurs» (2004-2007). Saint-Denis, OFDT, 173 p.
Obradovic I. (2012) Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Évaluation de la mise en oeuvre du dispositif quatre ans après sa création. Tendances, OFDT, n° 81, 6 p.
Obradovic I., Beck F. (2012) Plus précoces et moins sanctionnés ? Usages des statistiques dans les discours sur les jeunes face aux drogues. Mots. Les langages du politique, n° 100, pp. 137-152.
Obradovic I. (2013) La réponse pénale à la conduite sous influence (alcool et stupéfiants). Tendances, OFDT, n° 91, 6 p.
Obradovic I., Le Nézet O., Spilka S. (2013) Jeunes usagers de drogues et demande d'aide. Estimation du public potentiel d'un dispositif d'aide aux jeunes consommateurs. Agora débats/jeunesses, n° 64, pp. 61-76.

Obradovic I., Spilka S., Phan O., Bonnaire C., Serehen Z., Doucouré K. (2014) Écrans et jeux vidéo à l'adolescence. Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé, PELLEAS. Tendances, OFDT, n° 97, 6 p.

Obradovic I. (2015a) Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Tendances, OFDT, n° 103, 6 p.

Obradovic I. (2015b) Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances, OFDT, n° 101, 8 p.

Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse (2015a) Le suicide des jeunes en France. Paris, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Les fiches repères, 4 p.

Observatoire de la jeunesse et des politiques de jeunesse (2015b) Les jeunes et le vote. Paris, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Les fiches repères, 4 p.

Observatoire national du suicide (ONS) (2016) Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris, Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 481 p.

Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) (2015) La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2014. Paris, La Documentation française ; Direction de l'information légale et administrative, 152 p.

OCRTIS (2008) Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2007- Stups - Osiris. Paris, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, OCRTIS, 119 p.

Octobre S. (2014) Deux pouces et des neurones. Les cultures juvéniles de l'ère médiatique à l'ère numérique. Paris, La Documentation française, coll. Questions de culture, 285 p.

OFDT (2005) Drogues et dépendances, données essentielles 2005. Paris, La Découverte, 202 p.

OFDT (2015) Drogues, chiffres clés (6e édition). Saint-Denis, OFDT, 8 p.

OICS (2009) Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2008. New York, United Nations, 147 p.

Ormsby E. (2016) Silk Road: insights from interviews with users and vendors. In: The Internet and drug markets, EMCDDA (Dir.). Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n° 21, pp. 61-67.

Orsolini L., Papanti G.D., Francesconi G., Schifano F. (2015) Mind navigators of chemicals' experimenters? A web-based description of e-psychonauts. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, Vol. 18, n° 5, pp. 296-300.

Ostby Y., Tamnes C.K., Fjell A.M., Westlye L.T., Due-Tonnessen P., Walhovd K.B. (2009) Heterogeneity in subcortical brain development: A structural magnetic resonance imaging study of brain maturation from 8 to 30 years. Journal of Neuroscience, Vol. 29, n° 38, pp. 11772-11782.

Paglia A., Room R. (1999) Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. Journal of Primary Prevention, Vol. 20, n° 1, pp. 3-50.

Paitraud D. (2016) Usage détourné de MERCALM, NAUSICALM et NAUTAMINE : les mesures préventives de l'ANSM. Vidal, https://www.vidal.fr/actualites/19376/usage_detourne_de_mercalm_nausicalm_et_nautamine_les_mesures_preventives_de_l_ansm/ [accédé le 29/06/2016].

Parker H., Aldridge J., Measham F. (1998) Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use. London, Routledge, 177 p.

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne (2014) Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE. Bruxelles, 38 p.

Patton R., Deluca P., Kaner E., Newbury-Birch D., Phillips T., Drummond C. (2014) Alcohol screening and brief intervention for adolescents: The how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. Alcohol and Alcoholism, Vol. 49, n° 2, pp. 207-212.

Paus T. (2010) Growth of white matter in the adolescent brain: Myelin or axon? Brain and Cognition, Vol. 72, n° 1, pp. 26-35.

Paus T., Keshavan M., Giedd J.N. (2008) Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nature Reviews - Neuroscience, Vol. 9, n° 12, pp. 947-957.

Pavic G., Girard G. (2014) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Rennes en 2012. Saint-Denis, OFDT, 47 p.

Pavic G., Tron I. (à paraître) Tendances récentes et nouvelles drogues - Rennes. Synthèse des résultats 2015. Saint-Denis, OFDT.

Peck R.C., Gebers M.A., Voas R.B., Romano E. (2008) The relationship between blood alcohol concentration (BAC), age, and crash risk. Journal of Safety Research, Vol. 39, n° 3, pp. 311-319.

Pellerin M. (2015) Les 15-24 ans ne sont pas comme vous le croyez. Audience Le Mag, Médiamétrie, 24 novembre.

Peretti-Watel P. (2005) Cannabis, ecstasy : du stigmate au déni. Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites. Paris, L'Harmattan, 293 p.

Peretti-Watel P., Legleye S., Beck F. (2002) Cigarettes and mobile phones: are they complementary or substitutable products? Drugs: Education, Prevention and Policy, Vol. 9, n° 4, pp. 339-343.

Pfau G., Pequart C. (2010) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009. Tendances récentes sur le site de Paris. Saint-Denis, OFDT ; Association Charonne, 122 p.

Pfau G., Pequart C. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Paris. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Pfau G., Pequart C. (2015) Tendances récentes et nouvelles drogues - Paris. Synthèse des résultats 2014. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Phillips K., Luk A., Soor G.S., Abraham J.R., Leong S., Butany J. (2009) Cocaine cardiotoxicity: a review of the pathophysiology, pathology, and treatment options. American Journal of Cardiovascular Drugs, Vol. 9, n° 3, pp. 177-196.

Pion C. (2015) Inscription de nouveaux cannabinoïdes de synthèse sur la liste des stupéfiants. Vigilances - Bulletin de l'ANSM, n° 66, pp. 9.

Porath-Waller A.J., Beasley E., Beirness D.J. (2010) A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. Health Education and Behavior, Vol. 37, n° 5, pp. 709-723.

Portela M., de Saint Pol T., Albérola E. (2014) Ressources et parcours vers l'indépendance des jeunes adultes en France. Associer soutien familial, aides publiques et revenus du travail. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), coll. Dossiers Solidarité et santé, n°51, 51 p.

Power M. (2013) Drugs 2.0: The web revolution that's changing how the world gets high. London, Portobello Books, 292 p.

Prévost J.-B. (2012) L'emploi des jeunes. Paris, Les éditions des Journaux Officiels, coll. Les avis du Conseil économique, social et environnemental, 154 p.

Protais C., Díaz Gómez C., Spilka S., Obradovic I. (2016) Évolution du public des CJC (2014-2015). Tendances, OFDT, n° 107, 4 p.

PsychoActif (2016) Ecstasy-MDMA, effets, risques, témoignages. http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Ecstasy-MDMA,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages [accédé le 21/09/2016].

Quintero G., Bundy H. (2011) «Most of the time you already know»: pharmaceutical information assembly by young adults on the Internet. Substance Use and Misuse, Vol. 46, n° 7, pp. 898-909.

Rahis A.-C., Cadet-Taïrou A., Delile J.-M. (2010) Les nouveaux visages de la marginalité. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 26-37.

Revah-Levy A., Birmaher B., Gasquet I., Falissard B. (2007) The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): A validation study. BMC Psychiatry, Vol. 7, n° 2.

Reynaud-Maurupt C., Verchère C. (2003) Les nouveaux usages de l'héroïne. Paris, OFDT, 117 p.

Reynaud-Maurupt C., Chaker S., Claverie O., Monzel M., Moreau C., Évrard I., Cadet-Taïrou A. (2007) Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif «musiques électroniques». Saint-Denis, OFDT, 143 p.

Reynaud-Maurupt C. (2009) Les habitués du cannabis - une enquête qualitative auprès des usagers réguliers. Saint-Denis, OFDT, 312 p.

Reynaud-Maurupt C., Amaouche M., Halfen S., Rimbert G. (2009) Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10e arrondissement. Étude ethnographique et qualitative. Etats des lieux, besoins et ressources en 2008. Paris, ORS Ile-de-France, 123 p.

Reynaud-Maurupt C., Hoareau E. (2010) Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés». Saint-Denis, OFDT, 273 p.

Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.) (2016) Traité d'addictologie. 2e édition. Paris, Lavoisier Médecine Sciences, 900 p.

Richard J.-B., Spilka S., Beck F. (2013) Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans. In: Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010, Beck F., Richard J.-B. (Dir.). Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres Santé, pp. 86-108.

Rigaud A. (2008) Les jeunes et l'alcool. La Santé de l'Homme, n° 398, pp. 13-15.

Roberts G., McCall D., Stevens-Lavigne A., Anderson J., Paglia A., Bollenbach S., Wiebe J., Gliksman L. (2001) Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques. Ottawa, ON, Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 316 p.

Roe S., Becker J. (2005) Drug prevention with vulnerable young people: A review. Drugs: Education, Prevention and Policy, Vol. 12, n° 2, pp. 85-99.

Romain O., Bailly F., Balteau S., Monzel M. (2013) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2011. Tendances récentes sur le site de Metz. Saint-Denis, OFDT, 55 p.

Roncero C., Ros-Cucurull E., Daigre C., Casas M. (2012) Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. Actas Espanolas de Psiquiatria, Vol. 40, n° 4, pp. 187-197.

Rönkä A., Katainen A. (2015) Pharmaceuticalisation of drug use? Qualitative study on polydrug use and user online community. ePoster presented at the Lisbon Addictions Conference, 23-25 September 2015. University of Helsinki, Centre for Research on Addiction, Control and Governance, http://www.lisbonaddictions.eu/attachements.cfm/att_243022_EN_LA2015-IV13.pdf [accédé le 29/06/2016].

Rooke S., Thorsteinsson E., Karpin A., Copeland J., Allsop D. (2010) Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. Addiction, Vol. 105, n° 8, pp. 1381-1390.

Roona M.R., Streke A., Marshall D. (2003) Substances, adolescence (Meta-analysis). In: Encyclopedia of primary prevention and health promotion, Gullotta T.P., Bloom M. (Dir.). New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 1073-1078.

Rosa H. (2013) Accélération. Une critique sociale du temps. Paris, La Découverte, coll. Sciences humaines et sociales, 486 p.

Rouaud P., Joseph O. (Dir.) (2014) Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la génération 2010. Marseille, Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), 92 p.

Rousseau L., Lombard M. (2015) Baromètre du numérique. Edition 2015. Paris, Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP), 51 p.

Royal College of Physicians (2016) Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians, 206 p.

SAMHSA (2011) Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUD Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 156 p.

Sanders A., Stogner J., Seibert J., Miller B.L. (2014) Misperceptions of peer pill-popping: the prevalence, correlates, and effects of inaccurate assumptions about peer pharmaceutical misuse. Substance Use and Misuse, Vol. 49, n° 7, pp. 813-823.

Sargent J.D., Beach M.L., Adachi-Mejia A.M., Gibson J.J., Titus-Ernstoff L.T., Carusi C.P., Swain S.D., Heatherton T.F., Dalton M.A. (2005) Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. Pediatrics, Vol. 116, n° 5, pp. 1183-1191.

Sargent J.D., Wills T.A., Stoolmiller M., Gibson J., Gibbons F.X. (2006) Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 67, n° 1, pp. 54-65.

Schléret Y., Monzel M. (2011) Diagnostic partagé sur les comportements addictifs et leur prévention en Meuse, Préfecture de la Meuse ; Cellule d'appui régionale de la MILDT en Lorraine, 44 p.

Schléret Y., Monzel M., Scherrmann M. (2013) Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord Meusien. Metz, CMSEA, 44 p.

Schléret Y., Bailly F., De Marne A., Diény L. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Metz. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Segawa T., Duroy D., Lejoyeux M. (2016) Troubles de la personnalité et addiction : typologie. In: Traité d'addictologie. 2e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, pp. 155-160.

Shearman E., Fallon S., Sershen H., Lajtha A. (2008) Nicotine-induced monoamine neurotransmitter changes in the brain of young rats. Brain Research Bulletin, Vol. 76, n° 6, pp. 626-639.

Shiffman S., Pillitteri J.L., Burton S.L., Di Marino M.E. (2004) Smoker and ex-smoker reactions to cigarettes claiming reduced risk. Tobacco Control, Vol. 13, n° 1, pp. 78-84.

Silins E., Horwood L.J., Patton G.C., Fergusson D.M., Olsson C.A., Hutchinson D.M., Spry E., Toumbourou J.W., Degenhardt L., Swift W., Coffey C., Tait R.J., Letcher P., Copeland J., Mattick R.P. (2014) Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. The Lancet Psychiatry, Vol. 1, n° 4, pp. 286-293.

Singh N.N., Pan Y., Muengtaweeponsa S., Geller T.J., Cruz-Flores S. (2012) Cannabis-related stroke: case series and review of literature. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease, Vol. 21, n° 7, pp. 555-560.

Slotkin T.A., Seidler F.J. (2009) Nicotine exposure in adolescence alters the response of serotonin systems to nicotine administered subsequently in adulthood. Developmental Neuroscience, Vol. 31, n° 1-2, pp. 58-70.

Slotkin T.A., Card J., Seidler F.J. (2014) Nicotine administration in adolescence reprograms the subsequent response to nicotine treatment and withdrawal in adulthood: Sex-selective effects on cerebrocortical serotonergic function. Brain Research Bulletin, Vol. 102, pp. 1-8.

Smith L.A., Foxcroft D.R. (2009) The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. BMC Public Health, Vol. 9, n° 51.

Smith S.S. (2013) a4ßd GABA-A receptors and tonic inhibitory current during adolescence: Effects on mood and synaptic plasticity. Frontiers in Neural Circuits, Vol. 7, doi : 10.3389/fncir.2013.00135.

Sowell E.R., Thompson P.M., Holmes C.J., Batth R., Jernigan T.L., Toga A.W. (1999) Localizing age-related changes in brain structure between childhood and adolescence using statistical parametric mapping. NeuroImage, Vol. 9, n° 6 Pt 1, pp. 587-597.

Spear L.P. (2011) Rewards, aversions and affect in adolescence: emerging convergences across laboratory animal and human data. Developmental Cognitive Neuroscience, Vol. 1, n° 4, pp. 392-400.

Spear L.P. (2014) Adolescents and alcohol: Acute sensitivities, enhanced intake, and later consequences. Neurotoxicology and Teratology, Vol. 41, pp. 51-59.

Spilka S., Tribess A., Le Nézet O., Beck F., Legleye S. (2010) Les usages de drogues des adolescents parisiens. Tome 3 - Étude qualitative. Saint-Denis, OFDT, 96 p.

Spilka S., Le Nézet O. (2012a) Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011. Saint-Denis, OFDT, 17 p.

Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E. (2012b) Alcool, tabac et cannabis durant les «années collège». Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2010. Tendances, OFDT, n° 80, 6 p.

Spilka S., Le Nézet O., Legleye S. (2012c) Les adolescents parisiens de 17 ans vus à travers l'enquête ESCAPAD Paris 2010. Rapport d'étape. Saint-Denis, OFDT, 15 p.

Spilka S., Janssen E., Legleye S. (2013) Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Note n°2013-02. Saint-Denis, OFDT, 9 p.

Spilka S., Bouillet C. (2015a) Les usages de drogues des adolescents parisiens et séquano-dionysiens en 2014. Saint-Denis, OFDT ; Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR), 20 p.

Spilka S., Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D., Ngantcha M., Godeau E. (2015b) Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les «années collège». Tendances, OFDT, n° 106, 6 p.

Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F. (2015c) Consommation de tabac et usage de cigarette électronique à 17 ans en France, 2014. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 17-18, pp. 289-296.

Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F. (2015d) Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances, OFDT, n° 100, 8 p.

Spilka S., Le Nézet O. (2016a) Consommation de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans. Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015. Saint-Denis, OFDT, 21 p.

Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E. (2016b) Les drogues durant les «années lycée». Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. Tendances, OFDT, n° 112, 4 p.

Spilka S., Ngantcha M., Mutatayi C., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. (2016c) La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC). Expérimentations de produits psychoactifs. Saint-Denis, Santé publique France, 10 p.

Springer J.F., Sale E., Hermann J., Sambrano S., Kasim R., Nistler M. (2004) Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. Journal of Primary Prevention, Vol. 25, n° 2, pp. 171-194.

Stead L.F., Lancaster T. (2005) Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 1, CD001497.

Stone A.L., Becker L.G., Huber A.M., Catalano R.F. (2012) Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Addictive Behaviors, Vol. 37, n° 7, pp. 747-775.

Stoolmiller M., Wills T.A., McClure A.C., Tanski S.E., Worth K.A., Gerrard M., Sargent J.D. (2012) Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. BMJ Open, Vol. 2, n° 1.

Sudérie G., Albert J.-P. (2007) Le culturisme, genèse d'un corps pas comme les autres. Corps, n° 2, pp. 25-30.

Sudérie G. (2009) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007. Tendances récentes sur le site de Toulouse. Saint-Denis, OFDT, 83 p.

Sudérie G., Monzel M., Hoareau E. (2010) Evolution de la scène techno et des usages en son sein. In: Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Costes J.-M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 84-95.

Sudérie G., Albisson A. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Toulouse. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Sussman S., Earleywine M., Wills T., Cody C., Biglan T., Dent C.W., Newcomb M.D. (2004) The motivation, skills, and decision-making model of «drug abuse» prevention. Substance Use and Misuse, Vol. 39, n° 10-12, pp. 1971-2016.

Tait R.J., Hulse G.K. (2003) A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. Drug and Alcohol Review, Vol. 22, n° 3, pp. 337-346.

Tanner-Smith E.E., Steinka-Fry K.T., Hennessy E.A., Lipsey M.W., Winters K.C. (2015) Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. Journal of Youth and Adolescence, Vol. 44, n° 5, pp. 1011-1023.

Tevyaw T.O.L., Monti P.M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. Addiction, Vol. 99, pp. 63-75.

The ESPAD Group (2016) ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Lisbon, EMCDDA ; ESPAD, 99 p.

Thoër C., Robitaille M. (2011) Utiliser des médicaments stimulants pour améliorer sa performance : usages et discours de jeunes adultes québécois. Drogues, santé et société, Vol. 10, n° 2, pp. 143-183.

Thomas F. (2016a) Le baccalauréat 2016. Session de juin. Note d'information n° 22, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), 4 p.

Thomas F. (2016b) Résultats définitifs de la session 2015 du baccalauréat : 77 % d'une génération obtient le baccalauréat. Note d'information n°7. Paris, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), 4 p.

TNS Political & Social (2014) Young people and drugs. Flash Eurobarometer 401. Bruxelles, European Commission, 162 p.

Tober G. (2002) Motivationnal interviewing with young people. In: Motivational interviewing: Preparing people for change, Second edition, Miller W.R., Rollnick S. (Dir.). New York, Guildford Press.

Tobler N.S., Roona M.R., Ochshorn P., Marshall D.G., Streke A.V., Stackpole K.M. (2000) School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. Journal of Primary Prevention, Vol. 20, n° 4, pp. 275-336.

Toomey T.L., Rosenfeld C., Wagenaar A.C. (1996) The minimum legal drinking age: history, effectiveness, and ongoing debate. Alcohol Health and Research World, Vol. 20, n° 4, pp. 213-218.

Torres O.V., Tejeda H.A., Natividad L.A., O'Dell L.E. (2008) Enhanced vulnerability to the rewarding effects of nicotine during the adolescent period of development. Pharmacology Biochemistry and Behavior, Vol. 90, n° 4, pp. 658-663.

Tovar M.-L., Cadet-Taïrou A., Eroukmanoff V. (2012) Évolution de la consommation de cocaïne au cours des dix dernières années. In: Cocaïne, données essentielles, Pousset M. (Dir.). Saint-Denis, OFDT, pp. 62-68.

Trepte S., Reinecke L. (2010) Avatar creation and video game enjoyment: Effects of life-satisfaction, game competitiveness, and identification with the avatar. Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications, Vol. 22, n° 4, pp. 171-184.

Treyens P.-E., Catherine A. (2015) Dans les DOM, l'activité et l'emploi stagnent depuis dix ans. Insee Analyses Guadeloupe, n° 4, 4 p.

Turner F. (2006) From counterculture to cyberculture: Stewart Brand, the whole earth network, and the rise of digital utopianism. Chicago, IL, University Of Chicago Press, 354 p.

UNODC (2013) International standards on drug use prevention. Vienna, UNODC, 259 p.

UNODC (2015) International standards on drug use prevention. Vienna, UNODC, 40 p.

Van Amsterdam J.G.C., Nabben T., Keiman D., Haanschoten G., Korf D. (2015) Exploring the attractiveness of new psychoactive substances (NPS) among experienced drug users. Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 47, n° 3, pp. 177-181.

van den Bree M.M., Pickworth W.B. (2005) Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Archives of General Psychiatry, Vol. 62, n° 3, pp. 311-319.

Van Hout M.C., Brennan R. (2011) Plant food for thought: A qualitative study of mephedrone use in Ireland. Drugs: Education, Prevention and Policy, Vol. 18, n° 5, pp. 371-381.

Vilain A., Mouquet M.-C. (2015) Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Études et Résultats, Drees, n° 924, 6 p.

Vitaro F., Normand C.L., Charlebois P. (1999) Jeunes et prévention de la toxicomanie quand les parents s'impliquent. Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, coll. Les cahiers du CPLT.

Vitaro F., Carbonneau R., Gosselin C., Tremblay R.E., Zoccolillo M. (2000) L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In: L'usage des drogues et la toxicomanie. Volume III, Brisson P. (Dir.). Boucherville, Gaëtan Morin, pp. 279-312.

Volkow N.D., Baler R.D., Compton W.M., Weiss S.R.B. (2014) Adverse health effects of marijuana use. New England Journal of Medicine, Vol. 370, n° 23, pp. 2219-2227.

Volkow N.D., Swanson J.M., Evins A.E., DeLisi L.E., Meier M.H., Gonzalez R., Bloomfield M.A., Curran H.V., Baler R. (2016) Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. JAMA Psychiatry, Vol. 73, n° 3, pp. 292-297.

Wagenaar A.C., Toomey T.L. (2002) Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 14, pp. 206-225.

Wakefield M., Morley C., Horan J.K., Cummings K.M. (2002) The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. Tobacco Control, Vol. 11, Suppl. 1, pp. i73-i80.

Wakefield M., Coomber K., Zacher M., Durkin S., Brennan E., Scollo M. (2015) Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. Tobacco Control, Vol. 24, Suppl. 2, pp. ii17-ii25.

Weinberger D., Lalam N. (à paraître) L'argent de la drogue. Paris, INHESJ.

Wells J.E., Horwood L.J., Fergusson D.M. (2004) Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. Addiction, Vol. 99, n° 12, pp. 1529-1541.

Werner M.J. (1995) Principles of brief intervention for adolescent alcohol, tobacco, and other drug use. Pediatric Clinics of North America, Vol. 42, n° 2, pp. 335-349.

White D., Pitts M. (1998) Educating young people about drugs: a systematic review. Addiction, Vol. 93, n° 10, pp. 1475-1487.

White V., Williams T., Faulkner A., Wakefield M. (2015a) Do larger graphic health warnings on standardised cigarette packs increase adolescents' cognitive processing of consumer health information and beliefs about smoking-related harms? Tobacco Control, Vol. 24, Suppl. 2, pp. ii50-ii57.

White V., Williams T., Wakefield M. (2015b) Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette packs and brands? Tobacco Control, Vol. 24, Suppl. 2, pp. ii42-ii49.

WHO (1994) Life skills education for children and adolescents in schools. Geneva, WHO, 49 p.

WHO (2000) International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva, WHO, 193 p.

Wilcox H.C., Conner K.R., Caine E.D. (2004) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug and Alcohol Dependence, Vol. 76, Suppl. «Drug abuse and suicidal behavior», pp. S11-S19.

Wilens T.E., Adler L.A., Adams J., Sgambati S., Rotrosen J., Sawtelle R., Utzinger L., Fusillo S. (2008) Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: A systematic review of the literature. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 47, n° 1, pp. 21-31.

Winters K.C., Leitten W. (2007) Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. Psychology of Addictive Behaviors, Vol. 21, n° 2, pp. 249.

Wohl M., Gorwood P. (2016) Vulnérabilité génétique aux addictions. In: Traité d'addictologie. 2e édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Paris, Lavoisier Médecine Sciences, pp. 87-94.

Wolff V., Armspach J.P., Lauer V., Rouyer O., Bataillard M., Marescaux C., Geny B. (2013) Cannabis-related stroke: myth or reality? Stroke, Vol. 44, n° 2, pp. 558-563.

Wong W.C., Ford K.A., Pagels N.E., McCutcheon J.E., Marinelli M. (2013) Adolescents are more vulnerable to cocaine addiction: behavioral and electrophysiological evidence. Journal of Neuroscience, Vol. 33, n° 11, pp. 4913-4922.

Wrege J., Schmidt A., Walter A., Smieskova R., Bendfeldt K., Radue E.W., Lang U.E., Borgwardt S. (2014) Effects of cannabis on impulsivity: a systematic review of neuroimaging findings. Current Pharmaceutical Design, Vol. 20, n° 13, pp. 2126-2137.

Wyvill B., Ives R. (2000) Finding out about young people's ideas on drugs and drug use: Application and limitations. Drugs: Education, Prevention and Policy, Vol. 7, n° 2, pp. 139-146.

Zacher M., Bayly M., Brennan E., Dono J., Miller C., Durkin S., Scollo M., Wakefield M. (2015) Personal pack display and active smoking at outdoor café strips: assessing the impact of plain packaging 1 year postimplementation. Tobacco Control, Vol. 24, Suppl. 2, pp. ii94-ii97.

Zalesky A., Solowij N., Yucel M., Lubman D.I., Takagi M., Harding I.H., Lorenzetti V., Wang R., Searle K., Pantelis C., Seal M. (2012) Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. Brain, Vol. 135, n° Pt 7, pp. 2245-2255.

Zurbach E. (2014) Tendances récentes et nouvelles drogues - Marseille. Synthèse des résultats 2013. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Zurbach E. (2015) Tendances récentes et nouvelles drogues - Marseille. Synthèse des résultats 2014. Saint-Denis, OFDT, 4 p.

Zurbach E. (à paraître) Tendances récentes et nouvelles drogues - Marseille. Synthèse des résultats 2015. Saint-Denis, OFDT.

Définition des indicateurs

Les indicateurs suivants sont utilisés dans cet ouvrage pour quantifier la fréquence et l'intensité des consommations de substances psychoactives :

■ **expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie.

■ **usage dans l'année** : au moins un usage au cours des 12 mois précédant l'enquête.

■ **usage dans le mois** : au moins un usage au cours des 30 jours précédant l'enquête.

■ **usage régulier** : au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête (terme parfois employé pour le tabagisme quotidien).

■ **usage quotidien** : au moins un usage par jour au cours des 30 derniers jours.

■ **tabagisme intensif** : 10 cigarettes ou plus par jour.

Pour les ivresses, ces indicateurs sont légèrement différents :

■ **ivresse dans l'année** : au moins une ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête.

■ **ivresse répétée** : au moins 3 ivresses au cours des 12 mois précédant l'enquête.

■ **ivresse régulière** : au moins 10 ivresses au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Pour les alcoolisations ponctuelles importantes (API : avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion) :

■ **API dans le mois** : au moins une fois au cours des 30 jours précédant l'enquête.

■ **API répétée** : au moins trois fois au cours des 30 jours précédant l'enquête.

■ **API régulière** : au moins dix fois au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Sigles

ADALIS	Addictions drogues alcool info service
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ADOSPA	Adolescents et substances psychoactives
ADRS	Adolescent Depression Rating Scale
AFNOR	Association française de normalisation
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASSIST	A Stop Smoking in Schools Trial
ATV	Aire tegmentale ventrale
Audit-C	Alcohol Use Disorders Identification Test
BEP	Brevet d'études professionnelles
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAP	Certificat d'aptitudes professionnelles
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte anti-tabac
CEA	Conduite en état alcoolique
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHARLIE	Chemical Abuse Resolution Lies In Education
CIP	Contrat d'insertion professionnelle
CIPCA	Commission interministérielle de prévention des conduites addictives
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CPE	Contrat première embauche
CPS	Compétences psychosociales
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de santé publique
DAP	Drug Abuse Prevention
DEP-ADO	Dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les adolescents
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DNB	Diplôme national du brevet
DOM	Départements d'outre mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
DSM	Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENa-CAARUD	Enquête nationale auprès des usagers des CAARUD
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée défense et citoyenneté
ESPAD	European School survey Project on Alcohol and other Drugs
FRAD	Formateurs relais antidrogue
GABA	Acide gamma-aminobutyrique
GAS	Game Addiction Scale
GBG	Good Behavior Game
HAS	Haute Autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IB	Intervention brève
IBM	Intervention brève motivationnelle

IC	Intervalle de confiance
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
IMC	Indice de masse corporelle
INHESJ	Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
I-TREND	Internet Tools for Research in Europe on New Drugs
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAH	Jeux d'argent et de hasard
JAPD	Journée d'appel et de préparation à la défense
JDC	Journée défense et citoyenneté
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique
MDFT	MultiDimensional Family Therapy
MDMA	Méthyl-dioxy-méthylamphetamine
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MMO	Massively Multiplayer Online
MMORPG	Massively Multiplayer Online Role-Playing Game
MMORTS	Massively Multiplayer Online Real-Time Strategy
NMDA	Acide N-méthyl-D-aspartique
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
ODICER	Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
ONS	Observatoire national du suicide
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
PFAD	Policiers formateurs antidrogue
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMMA	Paraméthoxyméthamphétamine
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
PNS	Paquet neutre standardisé
RC	Research Chemicals
RDR	Réduction des risques
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
RMI	Revenu minimum d'insertion
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAM	Stupéfiants et accidents mortels
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
THC	Tétrahydrocannabinol
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TS	Tentative de suicide
UE	Union européenne
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organisation
ZAD	Zones à défendre

L'OFDT

Qui consomme ? Quels produits ? Avec quels risques et dommages ? Que sait-on des usages problématiques ? Quelles sont les opinions sur les drogues ? Quelles réponses sont apportées au phénomène ? Comment évoluent les marchés ?

En répondant, depuis 1993, à toutes ces questions, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies éclaire les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public sur les usages de drogues et les pratiques addictives. Ce groupement d'intérêt public rassemble des spécialistes issus de différentes disciplines complémentaires dans leurs approches des addictions et de leurs conséquences : démographie, épidémiologie, économie, médecine, sociologie, statistique...

L'équipe, dirigée depuis 2014 par François Beck, assure le recueil, l'analyse et la synthèse des connaissances provenant des travaux de l'OFDT et de sources scientifiquement validées relatives aux substances licites ou illicites, ainsi qu'aux conduites addictives sans produit (jeux vidéo, Internet, jeux d'argent et de hasard…). À travers son système pérenne d'observation, l'OFDT permet la description du phénomène et de ses évolutions ; il est par ailleurs en mesure d'apporter un concours méthodologique en matière d'évaluation des dispositifs mis en œuvre.

Son conseil d'administration, présidé par Katherine Cornier, réunit la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives et les représentants des différents ministères concernés par la question des drogues et des addictions, ainsi que des personnes morales de droit public et privé.

L'OFDT appuie son action sur un collège scientifique présidé par Bruno Falissard qui rassemble des personnalités aux compétences reconnues dans les domaines entrant dans ses missions. L'OFDT est par ailleurs le relais français de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, EMCDDA, agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur les drogues illicites.

Les travaux et enquêtes de l'OFDT sont valorisés par de nombreuses publications et des analyses, toutes accessibles depuis son site Internet, à partir duquel plusieurs bases de données (base législative, cartographie régionale ODICER) peuvent également être consultées.

3, avenue du Stade-de-France
93218 Saint-Denis-La-Plaine Cedex
www.ofdt.fr

Citation recommandée
Beck F. (dir.), *Jeunes et addictions*, Saint-Denis, OFDT, décembre 2016

Crédits photographiques
© ARTENS / Cristian Ciobanu / Monkey Business / glorczaFood photo / Photographee.eu / Frank Boston / dobri71 / © chuck / © rashadashurov (Fotolia.com) / © Freepik.com / © WebDonut-Pixabay / © CNCT

Si l'expertise de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) concernant les drogues et les conduites addictives porte sur l'ensemble de la population et une grande variété de contextes, nombre de ses travaux sont, depuis une vingtaine d'années, spécifiquement centrés sur les comportements juvéniles.

La description et la mise en perspective des pratiques tout au long de l'adolescence et au début de l'âge adulte sont en effet essentielles puisque c'est à cette période de la vie, faite d'initiations et d'expériences, que débutent et s'installent certaines conduites addictives qui perdureront.

À partir de nombreuses études menées par l'OFDT (enquêtes représentatives en population générale, approches qualitatives, observations ethnographiques…) et de données issues de divers systèmes d'information, l'ambition de l'ouvrage collectif ***Jeunes et addictions*** est double : décrire ces pratiques dans toutes leurs formes et permettre de mieux les comprendre. Cet état des lieux a vocation à éclairer les citoyens sur ces phénomènes sensibles et parfois complexes, afin que le débat public s'instaure en s'appuyant sur une connaissance fiable et partagée. Il s'agit notamment de retracer les évolutions et de déceler les changements à l'œuvre, tout en appréhendant leurs conséquences et les moyens déployés pour y faire face. L'ouvrage rassemble les éléments relatifs aux 11-25 ans et traite des substances licites et illicites ainsi que des addictions sans produit (jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, usages d'Internet).

En dehors d'un chapitre fournissant des repères sur les populations concernées, ***Jeunes et addictions*** constitue une synthèse générale structurée en six parties : niveaux d'usages de substances et addictions sans produit ; profils des usagers et contextes des consommations ; motivations et facteurs de vulnérabilité ; offre des produits ; conséquences des usages et réponses publiques ; comparaisons territoriales en France et mise en perspective internationale.

L'ouvrage permet une lecture linéaire ou sélective et chaque partie allie deux niveaux de lecture : des chapitres analysant les données en recourant à l'infographie, accompagnés d'un ou de plusieurs articles abordant la thématique sous un angle particulier.



ISBN : 979-10-92728-14-9